

# HONORARBERICHT 2018

ENTWICKLUNG DER GKV-UMSÄTZE IN RHEINLAND-PFALZ



## PSYCHOTHERAPIE

NEUE LEISTUNGEN VERURSACHEN  
VERSCHIEBUNGSEFFEKTE IN DER VERSORGUNG

## IMPRESSUM

### Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP)  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Isaac-Fulda-Allee 14  
55124 Mainz

### verantwortlich (i. S. d. P.)

Dr. Peter Heinz, Vorsitzender des Vorstandes  
Dr. Andreas Bartels, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes  
Peter Andreas Staub, Mitglied des Vorstandes

### Konzept und Redaktion

Kommunikation | Ricarda Busch, Dr. Rainer Saurwein  
Honorarstruktur | Thorben Kleese, Erwin Leidinger, Thomas Schimmele

### Bildnachweis

©fotolia.com/Thomas Berg,  
©istockphoto/webphotographeer, denisenko  
©shutterstock.com/wavebreakmedia ltd

### Auflage

500 Exemplare

### Stand

Oktober 2018

### Umsetzung

NINO Druck GmbH  
Im Altenschemel 21  
67435 Neustadt/Weinstraße  
Internet: [www.ninodruck.de](http://www.ninodruck.de)

### Hinweise

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein. Außerdem wird der Begriff „Ärzte“ stellvertretend für alle Niedergelassenen verwendet.

Für den – auch teilweisen – Nachdruck von Texten, Grafiken und dergleichen ist das schriftliche Einverständnis der KV RLP Voraussetzung.



## INHALT

DER HONORARBERICHT 2018 DER KV RLP.....	5
<b>1. VOM VERSICHERTENBEITRAG ZUR ÄRZTEVERGÜTUNG .....</b>	<b>7</b>
1.1 Versichertenbeiträge .....	7
1.2 Gesundheitsfonds.....	8
1.3 Ärztevergütung.....	9
1.4 Ausgaben der Krankenkassen.....	9
<b>2. GESAMTVERGÜTUNG.....</b>	<b>11</b>
2.1 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.....	11
2.2 Extrabudgetäre Gesamtvergütung .....	13
<b>3. BESONDERHEITEN 2017.....</b>	<b>17</b>
3.1 EBM-Änderungen.....	17
3.2 Strukturreform der psychotherapeutischen Versorgung.....	22
<b>4. HONORARVERTEILUNG .....</b>	<b>25</b>
4.1 Stufe 1: Festlegung von Grundbeträgen .....	25
4.2 Stufe 2: Bildung von Honorarfonds .....	26
4.3 Stufe 3: Vergütung innerhalb der fachgruppenspezifischen Honorarfonds.....	29
<b>5. VOM PRAXISUMSATZ ZUM NETTOEINKOMMEN .....</b>	<b>33</b>
<b>6. ENTWICKLUNG DER GKV-UMSÄTZE NACH FACHGRUPPEN.....</b>	<b>37</b>
<b>7. ARZTGRUPPEN IM ÜBERBLICK .....</b>	<b>47</b>

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1.1 Der Weg von den Versichertenbeiträgen zum Ärzteneinkommen.....	7
Abbildung 1.2 Funktionsweise des Gesundheitsfonds.....	8
Abbildung 1.3 Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in 2017.....	9
Abbildung 2.1 Struktur der Gesamtvergütung .....	11
Abbildung 2.2 Entwicklung der Gesamtvergütung von 2013 bis 2017 .....	12
Abbildung 2.3 Vergütungsvolumen extrabudgetärer Leistungen des EBM in 2016 und 2017 .....	14
Abbildung 2.4 Vergütungsvolumen extrabudgetärer Leistungen aus Sondervereinbarungen in 2016 und 2017 .....	15
Abbildung 2.5 Vergütungsvolumen der Disease-Management-Programme in 2016 und 2017.....	16
Abbildung 3.1 EBM-Änderungen im Überblick .....	17
Abbildung 3.2 Anzahl der Patienten.....	23
Abbildung 3.3 Anzahl der Patienten je Therapeut.....	23
Abbildung 3.4 Anzahl der Sitzungen .....	24
Abbildung 3.5 Anzahl der Sitzungen (Ersatz von Richtlinien-Therapie) .....	24
Abbildung 4.1 Stufen der Honorarverteilung.....	25
Abbildung 4.2 Grundbeträge und tatsächliche Vergütung .....	26
Abbildung 4.3 Vorwegabzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich.....	27
Abbildung 4.4 Vorwegabzüge im fachärztlichen Versorgungsbereich.....	27
Abbildung 4.5 Honorarfonds der Hausärzte und Fachärzte nach Honorarklammer.....	28
Abbildung 4.6 Anteil der Vorwegleistungen und mengenbegrenzten Leistungen innerhalb der Honorarfonds.....	29
Abbildung 5.1 Jahresüberschuss je Praxisinhaber.....	33
Abbildung 5.2 Verfügbares Nettoeinkommen und Nettostundensatz .....	34
Abbildung 5.3 Anteil der Betriebsausgaben und des verfügbaren Einkommens am Gesamtumsatz.....	34
Abbildung 5.4 Jahresüberschuss nach Versorgungsbereichen.....	35
Abbildung 5.5 Jahresüberschuss je Inhaber nach Fachgruppen (Werte Einzelpraxen).....	36
Abbildung 6.1 Entwicklung des GKV-Umsatzes der Hausärzte im Vergleich zum Vorjahr .....	38
Abbildung 6.2 Entwicklung des GKV-Umsatzes der Fachärzte und Psychotherapeuten im Vergleich zum Vorjahr.....	38
Abbildung 6.3 Entwicklung des GKV-Umsatzes von 2012 bis 2017 .....	39
Abbildung 6.4 Entwicklung der Fallzahlen von 2012 bis 2017 .....	39
Abbildung 6.5 Entwicklung der Fallwerte von 2012 bis 2017 .....	40
Abbildung 6.6 Entwicklung der Arztzahlen von 2012 bis 2017 .....	40
Abbildung 6.7 Entwicklung des GKV-Umsatzes .....	41
Abbildung 6.8 Entwicklung der Fallzahlen .....	42
Abbildung 6.9 Entwicklung der Arztzahlen.....	43
Abbildung 6.10 Entwicklung des GKV-Umsatzes je Fall.....	44
Abbildung 6.11 Entwicklung der Fallzahlen je Arzt.....	45
Abbildung 6.12 Entwicklung des GKV-Umsatzes je Arzt .....	46



## DER HONORARBERICHT 2018 DER KV RLP

Der Honorarbericht 2018 soll wie seine Vorgänger dazu dienen, Transparenz gegenüber den Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten in Rheinland-Pfalz und der interessierten Öffentlichkeit herzustellen. Die gesetzliche Vorgabe des Paragraphen 87b, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen „einmal jährlich in geeigneter Form Informationen über die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabs“ veröffentlichen, wird von der KV RLP mit diesem Honorarbericht übererfüllt. Die Berücksichtigung von speziellen Leistungsspektren und Praxisbesonderheiten, das Setzen von Versorgungsanreizen durch den Honorarverteilungsmaßstab (HVM), die leistungsproportionale Vergütung und der Abbau von Bürokratie haben weiterhin uneingeschränkt Geltung.

Aufgrund dieser Konstanz in der Honorarverteilung konzentriert sich der Honorarbericht auf die Änderungen und Hintergründe aus dem Jahr 2017. Für weiter gehende Informationen sind an verschiedenen Stellen Verweise vorheriger Honorarberichte oder auf die Website der KV RLP zu finden.

Alle Honorarberichte stehen online bereit unter [www.kv-rlp.de/41517-5566](http://www.kv-rlp.de/41517-5566).

### **Rolle der Krankenkassen**

Die KV RLP und die Krankenkassen mussten in den Jahren 2004 bis 2012 jährlich gemeinsam einen Honorarverteilungsvertrag verhandeln. Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz kann die KV RLP, wie auch alle anderen KVen, seit 2012 die Honorarverteilung wieder selbst bestimmen. Die Krankenkassen können seit diesem Zeitpunkt nur noch das Benehmen zum HVM herstellen.

### **Aufbau des Honorarberichts**

Wie in den vergangenen Jahren beginnt der Honorarbericht in den ersten beiden Kapiteln mit dem Weg der Versichertenbeiträge über den Gesundheitsfonds bis hin zur Gesamtvergütung für den ambulanten Bereich. In Kapitel 3 werden die Änderungen des EBM im Jahr 2017 mit Schwerpunkt auf die neuen psychotherapeutischen Leistungen ab dem zweiten Quartal 2017 vorgestellt, bevor in Kapitel 4 die Honorarverteilung mit Verweis auf die vorangegangenen Honorarberichte skizziert wird. In Kapitel 5 ist beschrieben, welche Abzüge zu berücksichtigen sind, um vom GKV-Umsatz zum Nettoeinkommen eines Arztes zu gelangen. Dem Kapitel 6 kann wie gewohnt die Entwicklung der GKV-Umsätze nach Fachgruppen entnommen werden. Den Abschluss des Honorarberichts bilden wieder die Arztgruppenblätter, auf denen die Vergütungssituation der Arztgruppen im Jahr 2017 detailliert ausgewiesen wird. Wie auch in den vorangegangenen Honorarberichten wurden einige Arztgruppen in konservative und operative Schwerpunkte eingeteilt, um die Aussagekraft der dargestellten Durchschnittszahlen beizubehalten.

### **Datengrundlage**

Der Honorarbericht berücksichtigt ausschließlich die Umsätze mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), da nur diese über die KV RLP abgerechnet werden und Bestandteil der Honorarverteilung sind. Die ebenfalls über die KV RLP bei sogenannten sonstigen Kostenträgern (SKT) wie beispielsweise der Bundespolizei oder über ein Sozialversicherungsabkommen abgerechneten Leistungen wurden nicht berücksichtigt, da diese meist nur einen geringen Anteil am Umsatz aufweisen und für die Abrechnung vereinfachte Regelungen gelten. Zahlen zu Umsätzen mit Privatpatienten (PKV), aus individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), aus Gutachten, aus Berufsgenossenschaftsfällen sowie aus Selektivverträgen mit einzelnen Krankenkassen liegen der KV RLP nicht vor und können daher im Honorarbericht nicht berücksichtigt werden.

### **Fachbegriffe**

Alle im Honorarbericht verwendeten Fachbegriffe sind in einem Glossar erläutert. Es steht online bereit unter [www.kv-rlp.de/41517-2543](http://www.kv-rlp.de/41517-2543).





# VOM VERSICHERTENBEITRAG ZUR ÄRZTEVERGÜTUNG

Der Geldfluss zur Finanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung ist komplex. Er beginnt bei den Beiträgen der Versicherten an ihre Krankenkasse, durchläuft den Gesundheitsfonds und endet bei den Honorarzahungen der Kassenärztlichen Vereinigungen an ihre Mitglieder, die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten.

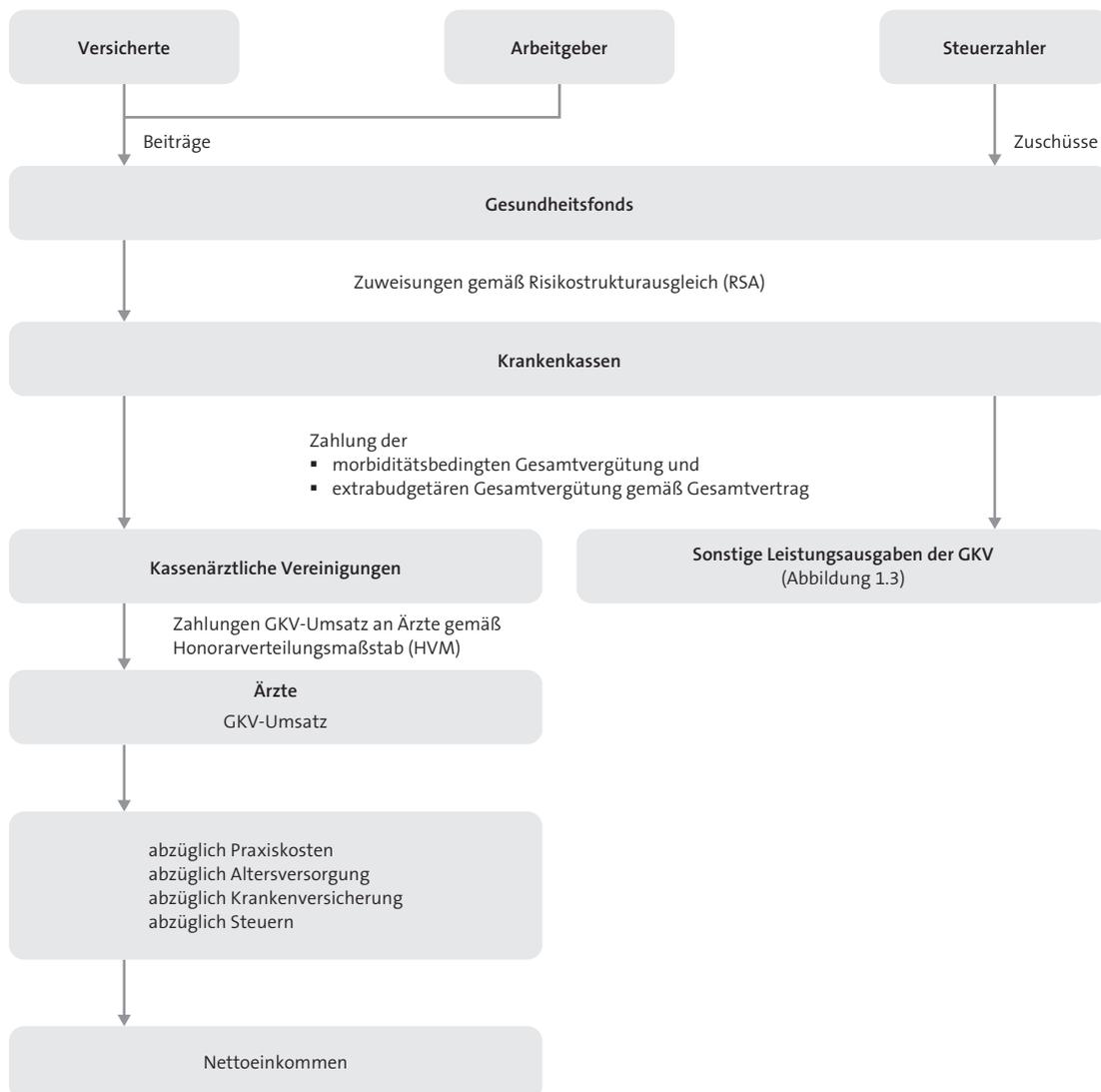
## 1.1 VERSICHERTENBEITRÄGE

Die Versichertenbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden von den Krankenkassen

eingezogen. Im Jahr 2017 betrug der Beitragssatz für die gesetzliche Krankenversicherung 14,6 Prozent des Bruttoentgeltes, wovon 7,3 Prozent der Arbeitnehmer und 7,3 Prozent der Arbeitgeber trugen. Die Höhe des Beitragssatzes legt der Gesetzgeber fest. Die Krankenkassen leiten die Versicherungsbeiträge zunächst an den vom Bundesversicherungsamt (BVA) verwalteten Gesundheitsfonds weiter. Aus diesem erhalten die Krankenkassen in einem zweiten Schritt nach bestimmten Kriterien Gelder zur Finanzierung der Gesundheitskosten ihrer Mitglieder. Für den Fall, dass die Zuweisungen einer Krankenkasse aus dem

1

ABBILDUNG 1.1 DER WEG VON DEN VERSICHERTENBEITRÄGEN ZUM ÄRZTEEINKOMMEN



Gesundheitsfonds nicht zur Deckung ihrer Ausgaben reichen, muss die Krankenkasse den Fehlbetrag ausgleichen. Hierzu kann sie von ihren Versicherten einkommensabhängige Zusatzbeiträge erheben.

## 1.2 GESUNDHEITSFONDS

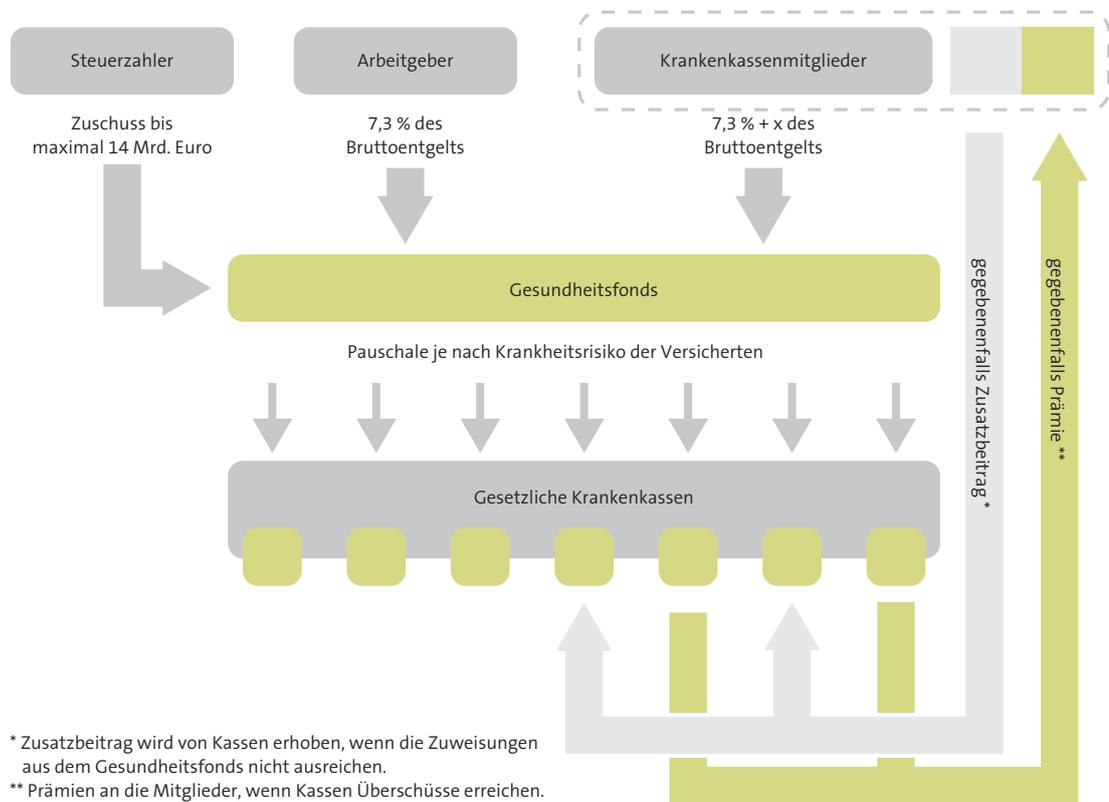
Der Gesundheitsfonds dient somit als eine Art Geldsammelstelle. Die Krankenkassen leiten die Versichertenbeiträge an ihn weiter und erhalten im Gegenzug Gelder zur Finanzierung der Gesundheitskosten ihrer Mitglieder.

Jede Krankenkasse hat jedoch unterschiedlich kranke und gesunde Mitglieder, die infolgedessen auch unterschiedlich hohe Kosten verursachen. Um diese Unterschiede auszugleichen, erhalten sie unterschiedlich hohe Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.

Ausgangsbasis für die Zuweisungen ist ein Grundbetrag für jeden Versicherten pro Jahr, der den durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Dieser Grundbetrag wird durch Zu- und Abschläge für folgende Merkmale angepasst: Alter und Geschlecht, den Bezug einer Erwerbsminderungsrente und die anhand von 80 ausgewählten Krankheiten gemessene Morbidität, also die Krankheitslast des Versicherten. Dieser Ausgleichsmechanismus heißt morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA).

Das Bundesversicherungsamt legt für jedes Ausgleichsjahr die zu berücksichtigenden Krankheiten fest und veröffentlicht sie online unter [www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de) > Risikostrukturausgleich > Festlegungen.

ABBILDUNG 1.2 FUNKTIONSWEISE DES GESUNDHEITSFONDS





### 1.3 ÄRZTEVERGÜTUNG

Mit den Geldmitteln aus dem Gesundheitsfonds wird die ambulante vertragsärztliche Versorgung finanziert. Dazu handelt die KV RLP einmal im Jahr mit den Krankenkassen unter anderem eine sogenannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung aus. Diesen Betrag zahlen die Krankenkassen mit befreiender Wirkung. Die Verteilung auf alle Vertragsärzte übernimmt die KV RLP.

stationärem Leistungsbereich führt jedoch eine Leistungsverlagerung von dem stationären in den ambulanten Bereich zu keinen entsprechenden Finanztransfers.

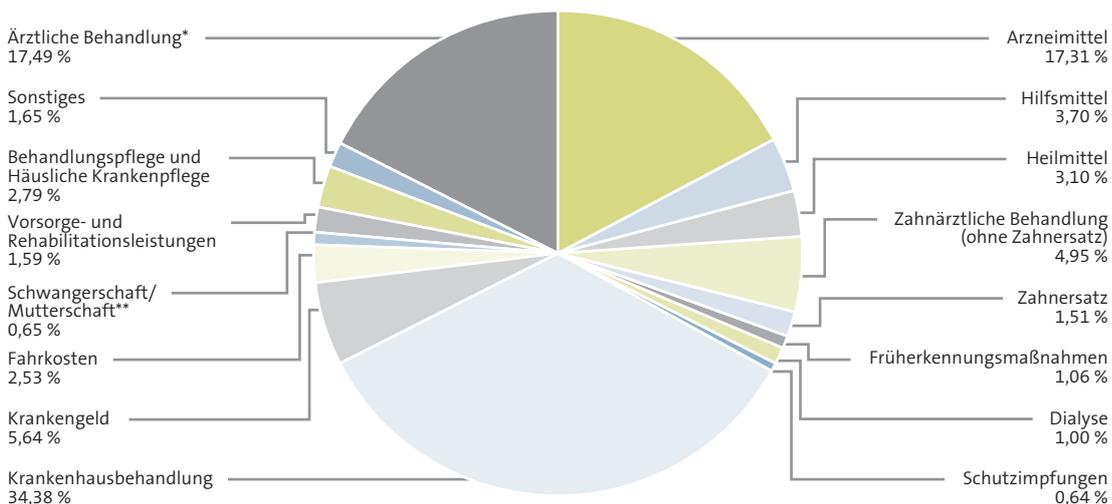
### 1.4 AUSGABEN DER KRANKENKASSEN

Die Ausgaben der Krankenkassen setzen sich im Wesentlichen aus den Ausgaben für die ambulante vertragsärztliche Versorgung, aus den Ausgaben für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel sowie den Ausgaben für die stationäre Versorgung zusammen. Die jeweiligen Bereiche sind aufgrund von gesetzlichen Vorgaben mit verschiedenen Finanzmitteln ausgestattet. Aufgrund einer strikten finanziellen Trennung von ambulantem und

Während die Einnahmen der Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds von der Morbiditätsstruktur ihrer Versicherten abhängen, orientieren sich die Ausgaben der Krankenkassen für die vertragsärztliche Versorgung nicht am tatsächlichen Versorgungsbedarf, sondern größtenteils an dokumentierten Abrechnungszahlen der Vergangenheit.

Die Ausgaben für die vertragsärztliche Versorgung im gesamten Bundesgebiet betragen im Jahr 2017 17,5 Prozent der Gesamtausgaben der Krankenkassen und sind im Vergleich zum Vorjahr konstant geblieben. Mit diesem Anteil finanzieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Vergütung der gesamten GKV-Leistungen der niedergelassenen Ärzte.

ABBILDUNG 1.3 AUSGABEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG IN 2017



\* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals Sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten.

\*\* Ohne stationäre Entbindung.

Summen können rundungsbedingt abweichen.

Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1.





## GESAMTVERGÜTUNG

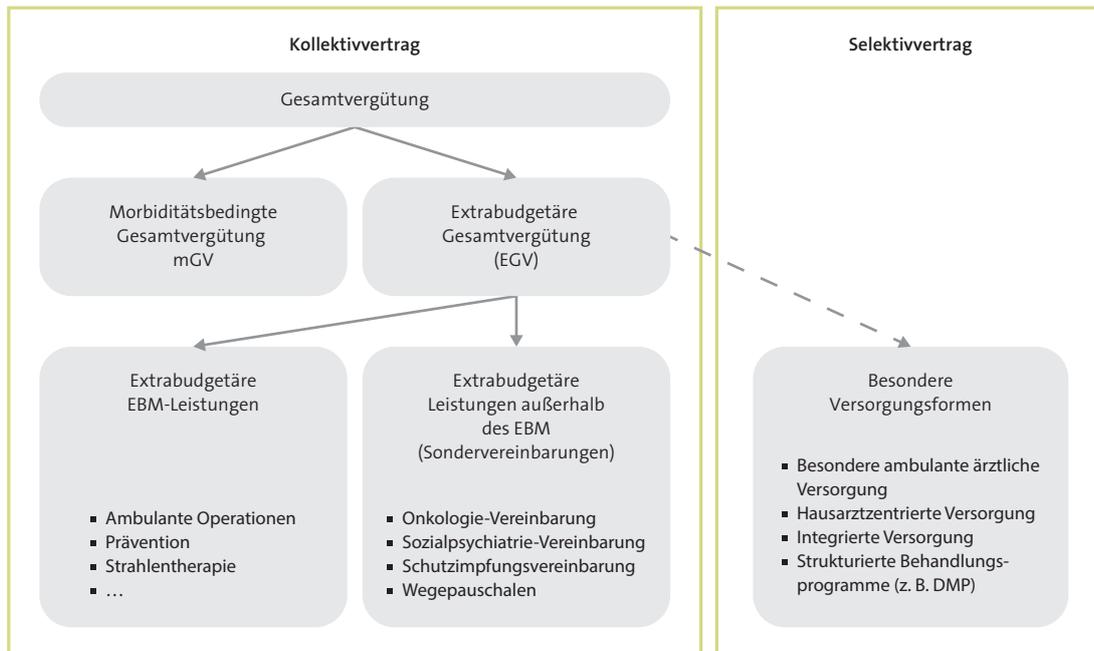
Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen jährlich eine sogenannte Gesamtvergütung an die KV RLP für die Versorgung ihrer Versicherten. Dabei setzt sich die Gesamtvergütung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) und der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) zusammen. Außerdem können zur Förderung besonderer Versorgungsformen zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Ärzten, Arztgruppen oder der KV freiwillige bilaterale

Verträge vereinbart werden, sogenannte Selektivverträge. Die aus Selektivverträgen resultierende Vergütung kann als weitere Form extrabudgetärer Vergütung angesehen werden, die jedoch nicht mehr Teil des Kollektivvertrages und der Gesamtvergütung ist.

Im Jahr 2017 belief sich die Gesamtvergütung aller Krankenkassen an die KV RLP auf rund 1,82 Milliarden Euro.

2

ABBILDUNG 2.1 STRUKTUR DER GESAMTVERGÜTUNG



### 2.1 MORBIDITÄTSBEDINGTE GESAMTVERGÜTUNG

Die KV RLP erhält – wie alle anderen KVen – von jeder Krankenkasse einen für das Kalenderjahr im Voraus vereinbarten Pauschalbetrag je Versichertem als morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Jede Krankenkasse zahlt diesen Pauschalbetrag an die KV, in welcher der Versicherte seinen Wohnort hat („Wohnortprinzip“). Für Versicherte, die einen Arzt in einem anderen KV-Bereich aufsuchen, ist ein Finanzausgleich zwischen den KVen erforderlich, der sogenannte Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ).

Die KV-grenzüberschreitende Behandlung ist gar nicht so selten. So entfallen rund zehn Prozent der Leistungen an rheinland-pfälzischen Versicherten auf Ärzte, die in einem anderen KV-Bezirk tätig sind. Das sind meist die angrenzenden Bundesländer Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Saarland. Umgekehrt ist die Zahl von Versicherten aus anderen Bundesländern, die einen Arzt in Rheinland-Pfalz aufsuchen, niedriger.

Im Jahr 2017 zahlte die KV RLP im Saldo rund 40 Millionen Euro an andere KVen. Diese Zahlungen an

**Erläuterung der Rechtsgrundlagen und der morbiditätsbedingte Gesamtvergütung:**  
Honorarbericht 2015, Kapitel 2, ab Seite 13

**Funktionsweise Fremdkassenzahlungsausgleich:**  
Honorarbericht 2015, Abbildung 3.1, Seite 21

## ABBILDUNG 2.2 ENTWICKLUNG DER GESAMTVERGÜTUNG VON 2013 BIS 2017

	2013	2014	2015	2016	2017
mGV	1.137.856.925 €	1.163.833.763 €	1.190.123.121 €	1.234.362.357 €	1.263.486.206 €
EGV	441.327.804 €	470.119.510 €	492.771.643 €	524.948.287 €	554.463.240 €
<b>Gesamtvergütung</b>	<b>1.579.184.729 €</b>	<b>1.633.953.273 €</b>	<b>1.682.894.764 €</b>	<b>1.759.310.644 €</b>	<b>1.817.949.446 €</b>
Veränderung zum Vorjahr	4,5 %	3,5 %	3,0 %	4,5 %	3,3 %
Anzahl der GKV-Versicherten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz	3.357.583	3.369.602	3.380.552	3.405.638	3.446.253
Veränderung Versichertenzahl zum Vorjahr	-0,3 %	0,4 %	0,3 %	0,7 %	1,2 %
<b>Gesamtvergütung je Versichertem</b>	<b>470,33 €</b>	<b>484,91 €</b>	<b>497,82 €</b>	<b>516,59 €</b>	<b>527,51 €</b>

Die Leistungen des Abschnitts 13.3.6 waren bis zum Quartal II/2013 in der mGV und ab dem Quartal III/2013 in der EGV enthalten.

andere KVen im Rahmen des FKZ stehen für die Honorarverteilung in Rheinland-Pfalz nicht zur Verfügung. Wie die Ergebnisse des FKZ in die Honorarverteilung einfließen, ist in Kapitel 4 näher beschrieben.

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird aus einer Mengen- und aus einer Preiskomponente gebildet. Für die Menge wird der Behandlungsumfang der Versicherten herangezogen. Dieser wurde erstmals im Jahr 2009 festgelegt und wird nun Jahr für Jahr anhand der Morbiditäts- und Demografiedaten weiterentwickelt. Für die Preiskomponente gibt es den regionalen Punktwert in Euro, den die KV RLP jährlich mit den Krankenkassen verhandelt. Basis dafür ist der Orientierungswert, der auf Bundesebene festgelegt wird. Auch hier wurde erstmals für 2009 ein Ausgangswert festgelegt, der jährlich weiterentwickelt wird.

### Kodierung und Demografie

Zur Berechnung der mGV veröffentlicht der Bewertungsausschuss jährlich die festgestellten Veränderungsrate der Morbidität (ICD-Kodierung) und der demografischen Kriterien (Alter und Geschlecht) sowie den Orientierungswert. Diese haben einen

Empfehlungscharakter und bilden daher nur die Grundlage der Verhandlungen auf der Landesebene, in denen unter anderem über die Gewichtung der beiden Veränderungsrate verhandelt wird.

Da in Rheinland-Pfalz keine Besonderheiten in der Kosten- und Versorgungsstruktur geltend gemacht werden konnten, wurde der Orientierungswert bisher immer als regionaler Punktwert für Rheinland-Pfalz vereinbart.

An dieser Stelle ist daher die elementare Bedeutung einer hohen Kodierqualität der niedergelassenen Ärzte hervorzuheben, da die Qualität der Diagnoseverschlüsselung direkten Einfluss auf die zukünftige Fortentwicklung der mGV und somit auf die Höhe zukünftiger Honorarsteigerungen hat.

Gut zu wissen: Aufgrund der steigenden Kodierqualität der rheinland-pfälzischen Ärzte konnte die KV RLP in den Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen für 2017 abermals einen erhöhten Behandlungsbedarf aufgrund einer erhöhten Krankheitslast nachweisen. Die Veränderungsrate der Morbidität für Rheinland Pfalz lag bei 1,09 Prozent.



## Honorarvereinbarung

Die KV RLP einigte sich mit den Landesverbänden der Krankenkassen in den jährlichen Honorarverhandlungen auf die Honorarvereinbarung 2017 mit folgenden Punkten:

- Erhöhung des bundeseinheitlichen Orientierungswertes und damit des regionalen Punktwertes um 0,9 Prozent (von 10,4361 auf 10,53 Cent): Die Anhebung des Punktwertes um 0,9 Prozent bedeutet eine entsprechende Erhöhung der mGV sowie eine höhere Vergütung je Leistung der antragspflichtigen Psychotherapie, der Prävention sowie der ambulanten und belegärztlichen Operationen und aller übrigen extrabudgetären in Punkten bewerteten Leistungen.
- Steigerung der mGV um 0,7383 Prozent aufgrund der gewichteten Veränderungsrate aus Morbiditäts- und Demografiefaktor. Der gewichtete Durchschnittswert von 0,7383 Prozent für die Veränderung des Behandlungsbedarfs 2017 bedeutet, dass eine tatsächliche Leistungssteigerung im Jahre 2017 um 0,7383 Prozent gegenfinanziert ist. Fällt sie jedoch höher aus, führt dies nicht zu höheren Zahlungen der Krankenkassen. Die Kodierqualität der Ärzte in Rheinland-Pfalz hat weiterhin einen wesentlichen Einfluss auf die dokumentierte Morbiditätsrate und damit auf die zukünftige Veränderung der Gesamtvergütung.
- Fortführung sämtlicher bisher vereinbarter extrabudgetärer Leistungen, damit auch Fortführung der seit 2014 ausgedeckelten ergänzenden Leistungen des AOP-Vertrages nach Paragraph 115 b SGB V.
- 5 Millionen Euro zur Förderung des Ausbaus und Erhalts der von niedergelassenen Vertragsärzten geschaffenen Strukturen für das ambulante Operieren und der Strukturen im organisierten Bereitschaftsdienst.

Im Kapitel 4 ist dargestellt, nach welcher Regelung die so ermittelte mGV von rund 1,26 Milliarden Euro im Rahmen der Honorarverteilung an die Ärzte ausgeschüttet wird.

Die Honorarvereinbarung steht online bereit unter [www.kv-rlp.de/86175](http://www.kv-rlp.de/86175).

## 2.2 EXTRABUDGETÄRE GESAMTVERGÜTUNG

Während die Krankenkassen für die mGV, unabhängig von der erbrachten Leistungsmenge der Ärzte, nur eine begrenzte Geldmenge zahlen, richtet sich die Zahlung der Krankenkassen für die extrabudgetären Leistungen nach dem, was die Ärzte in ihren Praxen tatsächlich leisten. Bei Leistungen der EGV sind den Ärzten somit ein fester Punktwert und damit eine feste Vergütung je Leistung garantiert.

Zu den wichtigsten extrabudgetären EBM-Leistungen zählen in Rheinland-Pfalz:

- ambulante Operationen sowie kurative Koloskopie
- antragspflichtige Psychotherapie sowie probatorische Sitzungen von Arztgruppen gemäß § 87 b Abs. 2 Satz 3 SGB V (ab dem Jahr 2013)
- psychotherapeutische Gespräche, psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung
- belegärztliche Leistungen gemäß Kapitel 36 EBM
- Dialyse-Sachkosten
- Präventionsleistungen (Kinderfrüherkennung, Krebsfrüherkennung inklusive Hautkrebscreening, Mutterschaftsvorsorge, Gesundheitsuntersuchung sowie präventive Koloskopie)
- Strahlentherapie einschließlich Sachkosten
- Substitutionsbehandlung

Darüber hinaus werden die ausgedeckelten Leistungen des Vertrages nach § 115 b SGB V (AOP-Vertrag) in Rheinland-Pfalz weiter als zusätzliche extrabudgetäre Leistungen vergütet. Extrabudgetäre Leistungen werden mit dem regionalen Punktwert in Höhe des bundesweit einheitlichen Orientierungswertes beziehungsweise bei Kostenerstattungen mit fixen Preisen in Euro vergütet. Die Krankenkassen in Rheinland-Pfalz waren im Gegensatz zu anderen Bundesländern bislang nicht bereit, Zuschläge auf den Orientierungswert zur Förderung einzelner Leistungen zu zahlen. Die Methadonsubstitution bildet die einzige Ausnahme.

ABBILDUNG 2.3 VERGÜTUNGSVOLUMEN EXTRABUDGETÄRER LEISTUNGEN DES EBM IN 2016 UND 2017

Leistungen	2016	2017	Änderung
Ambulantes Operieren und kurative Koloskopie	89.720.689 €	90.081.459 €	0,4 %
Antragspflichtige Psychotherapie, Probatorik, psych. Gespräche, Sprechstunde und Akutbehandlung	81.869.037 €	95.095.979 €	16,2 %
Belegärztliche Leistungen Kapitel 36 EBM	5.021.222 €	4.807.327 €	-4,3 %
Dialyse-Sachkosten	99.001.932 €	97.465.895 €	-1,6 %
Hautkrebscreening	6.938.753 €	6.738.834 €	-2,9 %
Künstliche Befruchtung	1.499.796 €	1.418.942 €	-5,4 %
Mammographie-Screening	11.590.739 €	10.513.793 €	-9,3 %
Nephrologie Abschnitt 13.3.6	13.109.417 €	13.272.509 €	1,2 %
Prävention	79.879.463 €	79.926.343 €	0,1 %
Strahlentherapie ohne Sachkosten	33.118.456 €	36.107.773 €	9,0 %
Substitutionsbehandlung	3.025.022 €	2.935.335 €	-3,0 %
<b>Gesamt</b>	<b>424.774.526 €</b>	<b>438.364.190 €</b>	<b>3,2 %</b>

#### Extrabudgetäre Leistungen außerhalb des EBM (Sondervereinbarungen)

Weitere ebenfalls extrabudgetäre Leistungen von Ärzten sind in Sondervereinbarungen auf Bundes- und Landesebene definiert. Hierbei handelt es sich nicht um EBM-, sondern um darüber hinausgehende Leistungen. Zu den wichtigsten Sondervereinbarungen in Rheinland-Pfalz zählen:

- Onkologie-Vereinbarung auf Bundes- und Landesebene: besondere Behandlung von Onkologie-Patienten durch onkologisch qualifizierte Ärzte
- Sozialpsychiatrie-Vereinbarung auf Bundes- und Landesebene: besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch qualifizierte Ärzte
- Schutzimpfungsvereinbarungen auf Landesebene
- Wegepauschalen bei Hausbesuchen auf Landesebene

#### Besondere Versorgungsformen

Um mehr Flexibilität in die Versorgung zu bringen, die starren Grenzen zwischen ambulant und stationär zu überwinden und den Wettbewerb der Krankenkassen zu fördern, können diese Einzelverträge mit der KV, einzelnen Ärzten oder Ärztevereinigungen schließen. In diesen besonderen Versorgungsformen, auch Selektivverträge genannt, kann von der Versorgungssystematik im Kollektivvertrag abgewichen werden. Die wesentlichen Selektivvertragsformen sind:

- hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V
- strukturierte Behandlungsprogramme nach §§ 137f, 137g SGB V
- besondere Versorgung nach § 140a SGB V

Die KV RLP hat Selektivverträge auf Basis der genannten Rechtsgrundlagen geschlossen. Grundsätzlich darf sie jedoch nur dann Selektivverträge schließen, wenn sie hierfür von dem Gesetzgeber auch ermächtigt ist. Verträge, die bis Juli 2015 und nach den Altregelungen §§ 73a und 73c SGB geschlossen wurden, gelten fort.



**ABBILDUNG 2.4 VERGÜTUNGSVOLUMEN EXTRABUDGETÄRER LEISTUNGEN AUS SONDERVEREINBARUNGEN IN 2016 UND 2017**

Leistungen	2016	2017	Änderung
Onkologie-Vereinbarung	8.131.534 €	8.397.174 €	3,3 %
Sachkosten Katarakt-OP und übrige ambulante Operationen	7.126.893 €	7.254.470 €	1,8 %
Schutzimpfungen	11.490.966 €	12.311.863 €	7,1 %
Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	2.487.401 €	3.581.285 €	44,0 %
Wegepauschalen	6.551.273 €	6.149.843 €	-6,1 %
<b>Gesamt</b>	<b>35.788.067 €</b>	<b>37.694.634 €</b>	<b>5,3 %</b>

Nach § 140a SGB V ist eine KV als möglicher Vertragspartner von Verträgen im Rahmen der Besonderen Versorgung vorgesehen. Dies umfasst zum einen besondere ambulante Versorgungsaufträge, aber auch Verträge über eine Integrierte Versorgung. Somit kommt die KV RLP inzwischen bei allen Selektivvertragstypen als Vertragspartner in Betracht.

Wenn Selektivverträge Leistungen aus dem Kollektivvertrag bzw. dem EBM abbilden, muss die KV RLP die mGV, die sie von der betreffenden Krankenkasse erhält, um den entsprechenden Leistungsbeziehungsweise Geldanteil bereinigen.

Die Problematik rund um die Bereinigung hat dazu geführt, dass bislang in Rheinland-Pfalz noch vorwiegend sogenannte „Add-on-Verträge“ abgeschlossen wurden. Mit diesen Verträgen werden zusätzliche Leistungen über die EBM-Leistungen hinaus vereinbart, die dann von den Krankenkassen auch extrabudgetär vergütet werden. Das entsprechende Honorar braucht daher im Kollektivvertrag nicht abgezogen zu werden. Es ist also keine Bereinigung der Gesamtvergütung erforderlich. Das erklärte Ziel der KV RLP ist es, Leistungen, die sich im Bereich der Selektivverträge als sinnvoll erweisen, mittelfristig in die Kollektivversorgung einzubeziehen und damit allen Versicherten aller Krankenkassen zugänglich zu machen.

Eine Übersicht der Selektivverträge der KV RLP steht online bereit unter [www.kv-rlp.de/40828](http://www.kv-rlp.de/40828).

Bereits seit vielen Jahren haben sich Verträge über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach §§ 137f, 137g SGB V etabliert, die ebenfalls als „Add-on-Verträge“ geschlossen wurden. Diese Verträge werden auch als Disease-Management-Programme (DMP) bezeichnet und haben das Ziel, Folgekrankheiten chronischer Krankheiten wie Koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung oder Diabetes mellitus Typ 1 und 2 durch eine gut abgestimmte, kontinuierliche Betreuung und Behandlung zu verhindern. In Rheinland-Pfalz besteht die Besonderheit, dass fast alle Krankenkassen Verträge zu den DMP mit der KV RLP geschlossen haben; lediglich die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland hat die DMP-Verträge nicht mit der KV RLP, sondern mit einzelnen Vertragsärzten abgeschlossen. Da der KV RLP hierzu keine Abrechnungsdaten vorliegen, fehlt die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland bei den folgenden DMP-Daten.

Eine Übersicht der Programme steht online bereit unter [www.kv-rlp.de/32921](http://www.kv-rlp.de/32921).

**ABBILDUNG 2.5 VERGÜTUNGSVOLUMEN DER DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME  
IN 2016 UND 2017**

<b>Programme</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>Änderung</b>
DMP Diabetes Typ I	2.033.492 €	2.150.939 €	5,8 %
DMP Diabetes Typ II	14.796.297 €	14.985.815 €	1,3 %
DMP KHK	3.275.093 €	3.442.363 €	5,1 %
DMP Brustkrebs	171.690 €	168.530 €	-1,8 %
DMP Asthma und DMP COPD	2.515.826 €	2.643.993 €	5,1 %
<b>Gesamt</b>	<b>22.792.397 €</b>	<b>23.391.639 €</b>	<b>2,6 %</b>



## BESONDERHEITEN 2017

### 3.1 EBM-ÄNDERUNGEN

Auch im Jahr 2017 hat der (erweiterte) Bewertungsausschuss neue Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen und die Bewertung einiger bereits bestehender Leistungen geändert.

#### Änderungen zum 1. Januar 2017

Zu Jahresbeginn wurden die Früherkennungsuntersuchungen aufgrund geänderter Untersuchungs- und Beratungsinhalte in der Kinder-Richtlinie in ihrer Bewertung erhöht. Außerdem wurden für die Leistungen nichtärztlicher Praxisassistenten extrabudgetäre Zuschläge sowie zwei Gebührenordnungspositionen für den Versand und den Empfang elektronischer Briefe in den EBM aufgenommen.

#### Änderungen zum 1. April 2017

In diesem Quartal gab es Änderungen bei den Leistungen im Bereitschaftsdienst sowie die Einführung einer Videosprechstunde und eines Telekonsils bei Röntgen und CT-Leistungen. Außerdem begann am 1. April 2017 die Neustrukturierung der

psychotherapeutischen Leistungen im EBM mit der Einführung der Akutbehandlung und der psychotherapeutischen Sprechstunde.

#### Änderungen zum 1. Juli 2017

Zum 1. Juli 2017 wurde der EBM-Abschnitt 35.2 vollständig umgestaltet. Dabei wurden unter anderem die Kurzzeittherapien auf zwei Gebührenordnungspositionen aufgeteilt und eine bessere Vergütung von Gruppentherapien sichergestellt. Außerdem wurde die Bewertung einiger Früherkennungsuntersuchungen bei Kinderärzten nochmals geringfügig erhöht. Zudem wurden zwei Zuschläge für die nichtärztlichen Praxisassistenten in Facharztpraxen eingeführt.

#### Änderungen zum 1. Oktober 2017

Zum 1. Oktober 2017 wurden neue Palliativleistungen für Haus- und Fachärzte in den EBM aufgenommen. Im Rahmen der Substitutionsbehandlung wurde zudem die Behandlung von Opiatabhängigen im Rahmen der Take-Home-Vergabe eingeführt.

3

### ABBILDUNG 3.1 EBM-ÄNDERUNGEN IM ÜBERBLICK

Quartal	GOP	GOP Bezeichnung	Bewertung	Vergütungsbereich
I/2017	01709	Screening auf Mukoviszidose gemäß Kinder-Richtlinie	50 Punkte	extrabudgetär
	01724	Laboruntersuchungen im Rahmen des Neugeborenen-Screenings	117 Punkte	
	01725	Immunreaktives Trypsin	23 Punkte	
	01726	Pankreatitis-assoziiertes Protein	399 Punkte	
	01727	Molekulargenetische Untersuchung des CFTR-Gens	3746 Punkte	
	03061	Zuschlag zur GOP 03060	12 Punkte	
	03064	Zuschlag zur GOP 03062	20 Punkte	
	03065	Zuschlag zur GOP 03063	14 Punkte	
	19450	Molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung oder Untersuchung auf Mikrodeletionen/-duplikationen	518 Punkte	
	86900	Versenden eines elektronischen Briefes je Empfänger-Praxis	0,28 €	
86901	Empfangen eines elektronischen Briefes	0,27 €		

| WEITER AUF SEITE 18

| WEITER VON SEITE 17

Quartal	GOP	GOP Bezeichnung	Bewertung	Vergütungsbereich
II/2017	01205	Notfallpauschale (Abklärung, Koordination I)	45 Punkte	Grundbetrag Bereitschaftsdienst
	01207	Notfallpauschale (Abklärung, Koordination II)	80 Punkte	
	01223	Zuschlag Notfallpauschale zur GOP 01210	128 Punkte	
	01224	Zuschlag Notfallpauschale zur GOP 01212	195 Punkte	
	01226	Zuschlag Notfallpauschale zur GOP 01212	90 Punkte	
	01439	Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde	88 Punkte	extrabudgetär
	01450	Zuschlag Videosprechstunde	40 Punkte	
	01737	Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems	57 Punkte	
	01738	Hämoglobin im Stuhl, immunologisch	75 Punkte	
	03355	Anleitung zur Selbstanwendung rtCGM	72 Punkte	budgetierte Leistungen
	04563	Zusatzpauschale zu der GOP 04000 für die Wahrnehmung des Versorgungsauftrages gemäß § 3 Abs. 3 Buchstabe e) Anlage 9.1 BMV-Ä	950 Punkte	
	04590	Anleitung zur Selbstanwendung rtCGM	72 Punkte	extrabudgetär
	13360	Anleitung zur Selbstanwendung rtCGM	72 Punkte	
	32457	Quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (iFOBT)	06 Punkte	Grundbetrag Labor
	34800	Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	91 Punkte	extrabudgetär
	34810	Telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen	110 Punkte	
	34820	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I	276 Punkte	
	34821	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II	389 Punkte	
	35151	Psychotherapeutische Sprechstunde	421 Punkte	extrabudgetär
	35152	Psychotherapeutische Akutbehandlung	421 Punkte	
35254	Zuschlag IV	72 Punkte	extrabudgetär	
51010	Vorhaltung der Rufbereitschaft im Notfall	230 Punkte		
51011	Pauschale für die Erfüllung der Anforderungen gem. § 10 Abs. 3 Buchstabe c) der ASV-Richtlinie - Qualitätskonferenzen	15 Punkte		
III/2017	01702	Beratung im Rahmen des Pulsoxymetrie-Screenings gemäß Kinder-Richtlinie	28 Punkte	extrabudgetär
	01703	Pulsoxymetrie-Screening gemäß Kinder-Richtlinie	157 Punkte	
	35401	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	841 Punkte	
	35402	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	841 Punkte	
	35405	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	841 Punkte	
	35411	Analytische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	841 Punkte	
	35412	Analytische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	841 Punkte	



Quartal	GOP	GOP Bezeichnung	Bewertung	Vergütungsbereich
	35415	Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	841 Punkte	
	35421	Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	841 Punkte	
	35422	Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	841 Punkte	
	35425	Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)	841 Punkte	
	35503	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 3 TN	836 Punkte	
	35504	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 4 TN	704 Punkte	
	35505	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 5 TN	626 Punkte	
	35506	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 6 TN	573 Punkte	
	35507	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 7 TN	535 Punkte	
	35508	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 8 TN	507 Punkte	
	35509	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 9 TN	485 Punkte	
	35513	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 3 TN	836 Punkte	
	35514	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 4 TN	704 Punkte	
	35515	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 5 TN	626 Punkte	
	35516	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 6 TN	573 Punkte	
	35517	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 7 TN	535 Punkte	
	35518	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 8 TN	507 Punkte	
	35519	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 9 TN	485 Punkte	
	35523	Analytische Psychotherapie (KZT), 3 TN	836 Punkte	
	35524	Analytische Psychotherapie (KZT), 4 TN	704 Punkte	
	35525	Analytische Psychotherapie (KZT), 5 TN	626 Punkte	
	35526	Analytische Psychotherapie (KZT), 6 TN	573 Punkte	
	35527	Analytische Psychotherapie (KZT), 7 TN	535 Punkte	
	35528	Analytische Psychotherapie (KZT), 8 TN	507 Punkte	
	35529	Analytische Psychotherapie (KZT), 9 TN	485 Punkte	
	35533	Analytische Psychotherapie (LZT), 3 TN	836 Punkte	
	35534	Analytische Psychotherapie (LZT), 4 TN	704 Punkte	
	35535	Analytische Psychotherapie (LZT), 5 TN	626 Punkte	
	35536	Analytische Psychotherapie (LZT), 6 TN	573 Punkte	
	35537	Analytische Psychotherapie (LZT), 7 TN	535 Punkte	
	35538	Analytische Psychotherapie (LZT), 8 TN	507 Punkte	
	35539	Analytische Psychotherapie (LZT), 9 TN	485 Punkte	
	35543	Verhaltenstherapie (KZT), 3 TN	836 Punkte	
	35544	Verhaltenstherapie (KZT), 4 TN	704 Punkte	
	35545	Verhaltenstherapie (KZT), 5 TN	626 Punkte	
	35546	Verhaltenstherapie (KZT), 6 TN	573 Punkte	
	35547	Verhaltenstherapie (KZT), 7 TN	535 Punkte	
	35548	Verhaltenstherapie (KZT), 8 TN	507 Punkte	

| WEITER AUF SEITE 20

Quartal	GOP	GOP Bezeichnung	Bewertung	Vergütungsbereich
	35549	Verhaltenstherapie (KZT), 9 TN	485 Punkte	
	35553	Verhaltenstherapie (LZT), 3 TN	836 Punkte	
	35554	Verhaltenstherapie (LZT), 4 TN	704 Punkte	
	35555	Verhaltenstherapie (LZT), 5 TN	626 Punkte	
	35556	Verhaltenstherapie (LZT), 6 TN	573 Punkte	
	35557	Verhaltenstherapie (LZT), 7 TN	535 Punkte	
	35558	Verhaltenstherapie (LZT), 8 TN	507 Punkte	
	35559	Verhaltenstherapie (LZT), 9 TN	485 Punkte	
	35571	Zuschlag Einzeltherapie	143 Punkte	
	35572	Zuschlag Gruppentherapie	60 Punkte	
	35573	Zuschlag Sprechstunde/ Akutbehandlung	72 Punkte	
	35600	Testverfahren, standardisierte	28 Punkte	
	35601	Testverfahren, psychometrische	28 Punkte	
	35602	Verfahren, projektive	46 Punkte	
	35603	Höchstwert für die Leistungen nach den Nrn. 35600 bis 35602 bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	1280 Punkte	budgetierte Leistungen
	35604	Höchstwert für die Leistungen nach den Nrn. 35600 bis 35602 bei Versicherten ab Beginn des 19. Lebensjahres	854 Punkte	
	38202	Zuschlag zur GOP 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Häuslichkeit)	90 Punkte	
	38207	Zuschlag zur GOP 38105 für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Häuslichkeit)	83 Punkte	extrabudgetär
	01460	Aufklärung über die Begleiterhebung gemäß § 31 Absatz 6 SGB V i. V. mit § 3 CanBV	28 Punkte	
	01461	Datenerfassung und Datenübermittlung im Rahmen der Begleiterhebung gemäß § 31 Absatz 6 SGB V i. V. mit § 4 CanBV	92 Punkte	
IV/2017	01626	Ärztliche Stellungnahme für die Krankenkasse bei der Beantragung einer Genehmigung zur Verordnung von Cannabis	143 Punkte	extrabudgetär
	01949	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger im Rahmen der Take-Home-Vergabe	69 Punkte	
	01960	Konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten	90 Punkte	
	02325	Epilation mittels Lasertechnik im Gesicht/am Hals bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus	88 Punkte	
	02326	Epilation mittels Lasertechnik an einer Hand/den Händen bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus	88 Punkte	
	02327	Zuschlag zur GOP 02325	70 Punkte	
	02328	Zuschlag zur GOP 02326	70 Punkte	



Quartal	GOP	GOP Bezeichnung	Bewertung	Vergütungsbereich
	04411	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	347 Punkte	budgetierte Leistungen
	04413	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	641 Punkte	
	04414	Telemedizinische Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	641 Punkte	
	04415	Funktionsanalyse CRT	789 Punkte	
	04416	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	789 Punkte	
	13571	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	189 Punkte	
	13573	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	350 Punkte	
	13574	Telemedizinische Kontrolle Defibrillator/Kardioverter	350 Punkte	
	13575	Funktionsanalyse CRT	431 Punkte	
	13576	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	431 Punkte	
	37300	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	392 Punkte	extrabudgetär
	37302	Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt	275 Punkte	
	37305	Zuschlag zu den GOPen 01410 und 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	124 Punkte	
	37306	Zuschlag zu den GOPen 01411, 01412 und 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	124 Punkte	
	37307	Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 37305	744 Punkte	
	37314	Konsiliarische Erörterung Arzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	106 Punkte	
	37317	Zuschlag zur GOP 37302 für die Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen	1425 Punkte	
	37318	Telefonische Beratung	213 Punkte	
	37320	Fallkonferenz	64 Punkte	

### 3.2 STRUKTURREFORM DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG

#### Überblick der Neuerungen

Zum 1. April 2017 wurde die ambulante psychotherapeutische Versorgung neu strukturiert. Ziel war es, einen niederschweligen Zugang für Patienten zu ebnen und das Versorgungsangebot insgesamt flexibler zu gestalten. Hierzu wurden die EBM-Abschnitte 35.2 und 35.3 umgestaltet und insbesondere die psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung in den EBM aufgenommen.

Während die Sprechstunde als Erstkontakt den niederschweligen Eingang und erste diagnostische Abklärung ermöglichen soll, dient die Akutbehandlung zur schnellen Intervention bei akuten Krisen. Die beiden Gebührenordnungspositionen sind mit 25 Minuten angesetzt und werden in 2017 mit 44,33 Euro extrabudgetär vergütet. Damit entsprechen sie in Zeitaufwand und Vergütung der Hälfte einer probatorischen oder einer Richtlinientherapie-Sitzung. Zudem wurde für diese Gebührenordnungspositionen ein eigener Strukturzuschlag in den EBM aufgenommen.

#### Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Endgültige Aussagen über die Auswirkungen der Reform können auf Basis der Daten des Jahres 2017 nicht gemacht werden, da viele Langzeittherapien bereits vor dem 1. April 2017 genehmigt wurden. Allerdings geben einige Auswertungen zum Abrechnungsverhalten vor und nach diesem Stichtag bereits Hinweise auf mögliche Effekte.

#### Neue Angebote werden gut angenommen

Die Vertragspsychotherapeuten in Rheinland-Pfalz haben die psychotherapeutische Sprechstunde im ersten Quartal seit Inkrafttreten der Reform (II/2017) insgesamt 18.517 Patienten ermöglicht, 1.719 Patienten erhielten eine psychotherapeutische Akutbehandlung. Im dritten Quartal nach der Reform (IV/2017) haben 22.439 Patienten die Sprechstunde in Anspruch genommen, 4.872 sind in der Akutbehandlung versorgt worden.

#### Rückgang bei Richtlinientherapien

Neben dem Zuwachs an Patienten, die durch die beiden neuen Angebote psychotherapeutischen Kontakt hatten, wurden folgende Rückgänge verzeichnet: Richtlinientherapie mittels probatorischer Sitzungen (-47,4 Prozent) und zeitintensive Richtlinientherapie (-4,7 Prozent). Im Vergleich des vierten mit dem ersten Quartal 2017 konnten pro Vertragspsychotherapeut drei Patienten weniger mit einer Richtlinientherapie behandelt werden.

Der Vergleich des ersten Quartals 2017 vor der Reform mit den ersten Quartalen nach dem Inkrafttreten der Reform beinhaltet auch die schon genehmigten und laufenden Richtlinientherapien, was die tatsächliche Entwicklung verzerren könnte. Daher wurde zusätzlich die Anzahl der Patienten verglichen, die in den Quartalen IV/2016 und IV/2017 erstmals nach Richtlinientherapien behandelt wurden. Auch hier bestätigt sich der Rückgang an Richtlinientherapien, konkret von 5.491 im Quartal IV/2016 auf 5.049 im Quartal IV/2017 (-8,05 Prozent) – und dies bei einer konstanten Anzahl vorhandener Versorgungsaufträge.

#### Rückgang der psychotherapeutische Sitzungen

Die Entwicklung der Anzahl der psychotherapeutischen Sitzungen insgesamt zeigt die gleiche Tendenz. Die neuen Behandlungsangebote gingen zulasten von Richtlinientherapien.

Die Zahl probatorischer Sitzungen ist um 53,1 Prozent gesunken, die der Richtlinientherapien um 14,8 Prozent – also stärker als der Rückgang der Patientenzahl.

Der stärkere Rückgang der Sitzungen im Vergleich zu den Patienten deutet darauf hin, dass zugunsten der neuen Angebote auch weniger Richtlinientherapie-Sitzungen für die in Behandlung befindlichen Patienten durchgeführt wurden.

Der Vergleich des Zeitaufwandes, den die Vertragspsychotherapeuten für die einzelnen Behandlungsarten aufgebracht haben, zeigt, dass der Gesamtzeitaufwand vor und nach der Reform weitgehend konstant geblieben ist.



Da für jeweils eine probatorische oder eine Richtlinien-therapie-Sitzung mindestens so viel Zeit erforderlich ist wie für zwei Sprechstunden beziehungsweise Akutbehandlungen, hätten anstatt der in den Quartalen II/2017 bis IV/2017 insgesamt tatsächlich erbrachten 272.962 Sprechstunden und Akutbehandlungen etwa die Hälfte an probatorischen und Richtlinien-therapie-Sitzungen durchgeführt werden können (= 136.481). Der Vergleich zeigt: Tatsächlich wurden etwa genauso viele probatorische und Richtlinien-therapie-Sitzungen seit der Reform weniger angeboten (-140.520).

Diese insgesamt geringere Zahl an durchgeführten probatorischen und Richtlinien-therapie-Sitzungen ist sogar etwas größer als die gewonnene Zeit für

Sprechstunden und Akutbehandlungen mit 272.962 beziehungsweise zeitlich vergleichbaren 136.481 Sitzungen Gegebenenfalls sind hierfür der höhere bürokratische Aufwand für die Koordination von zusätzlichen Terminen sowie das Anbieten von jeweils zwei statt einer Sitzung verantwortlich. Die Behandlungskapazitäten der Vertragspsychotherapeuten für probatorische und Richtlinien-therapien sind im gleichen Verhältnis gesunken wie die psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung als neue Angebote angeboten wurden. Durch die Reform wurde so mehr Patienten ein Erstgespräch in Sprechstunden ermöglicht, dies aber auf Kosten von Langzeittherapien. Mittel- und langfristig ist diese Versorgungsverschiebung sicher problematisch.

ABBILDUNG 3.2 ANZAHL DER PATIENTEN

Quartal	psychotherapeutische Sprechstunde	psychotherapeutische Akutbehandlung	Probatorik	Richtlinien-Therapie
I/2017			17.359	42.640
II/2017	18.517	1.719	8.378	41.817
III/2017	22.553	3.676	8.660	40.595
IV/2017	22.439	4.872	9.139	40.626
Änderung IV/2017 zu I/2017			-47,4%	-4,7%

ABBILDUNG 3.3 ANZAHL DER PATIENTEN JE THERAPEUT

Quartal	psychotherapeutische Sprechstunde	psychotherapeutische Akutbehandlung	Probatorik	Richtlinien-Therapie
I/2017	0	0	16	39
II/2017	17	2	8	38
III/2017	20	3	8	36
IV/2017	20	4	8	36
Änderung IV/2017 zu I/2017			-49,4 %	-8,3 %

ABBILDUNG 3.4 ANZAHL DER SITZUNGEN

Quartal	psychotherapeutische Sprechstunde	psychotherapeutische Akutbehandlung	Probatorik	Richtlinien-Therapie
I/2017	0	0	39.796	202.975
II/2017	63.745	8.579	16.400	190.395
III/2017	74.726	22.733	17.752	171.703
IV/2017	72.921	30.258	18.680	172.863
<b>gesamt</b>	<b>211.392</b>	<b>61.570</b>	<b>92.628</b>	<b>737.936</b>
<b>Änderung IV/2017 zu I/2017</b>			<b>-53,1 %</b>	<b>-14,8 %</b>

ABBILDUNG 3.5 ANZAHL DER SITZUNGEN (ERSATZ VON RICHTLINIEN-THERAPIE)

Quartal	psychotherapeutische Sprechstunde und psychotherapeutische Akutbehandlung		Probatorik und Richtlinien-Therapie	
	tatsächlich durchgeführt	dafür zeitlich durchführbare Richtlinien-Therapie	tatsächlich durchgeführt	jeweilige Differenz zu I/2017
I/2017	0	0	242.771	
II/2017	72.324	36.162	206.795	-35.976
III/2017	97.459	48.730	189.455	-53.316
IV/2017	103.179	51.590	191.543	-51.228
<b>gesamt</b>	<b>272.962</b>	<b>136.481</b>	<b>830.564</b>	<b>-140.520</b>
<b>Änderung IV/2017 zu I/2017</b>			<b>-21,10 %</b>	



## HONORARVERTEILUNG

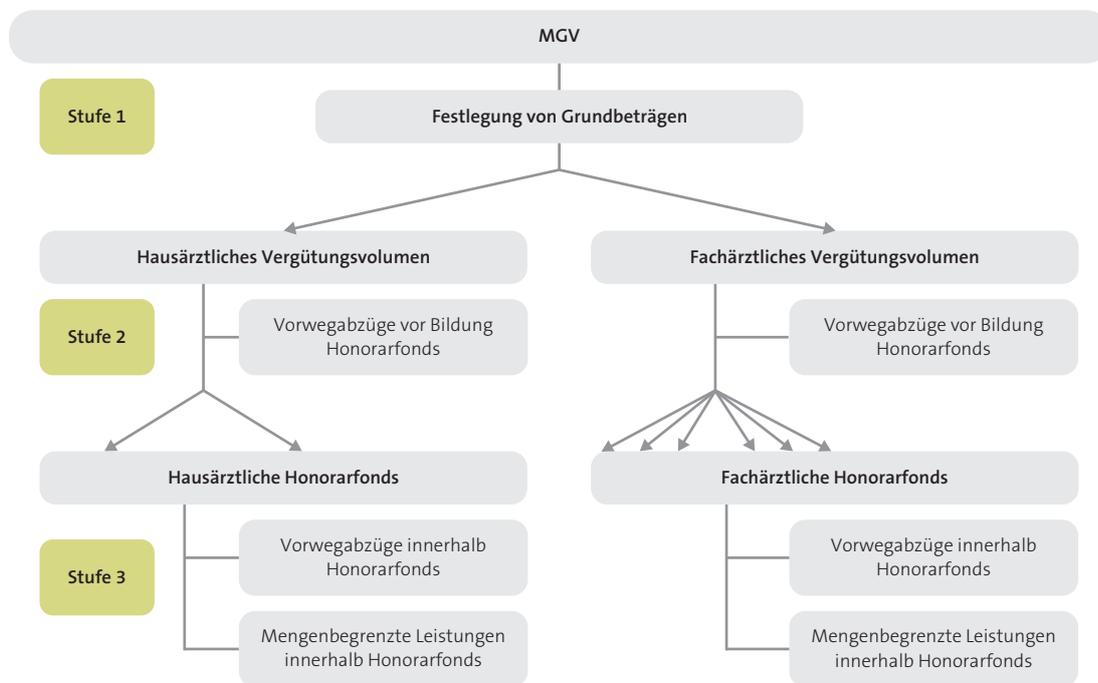
Die Honorarverteilung stellt sich im Bereich der extrabudgetären Gesamtvergütung relativ einfach dar. Hier werden von den Ärzten erbrachte Leistungen von der KV RLP mit festem Punktwert bezahlt und den Krankenkassen in Rechnung gestellt. Wesentlich komplexer ist die Honorarverteilung im Bereich der morbiditätsbedingten

Gesamtvergütung. Hier zahlen die Krankenkassen mit befreiender Wirkung – also unabhängig vom tatsächlichen Leistungsumfang der Ärzte – eine begrenzte Geldmenge an die KV RLP. Die Honorarverteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in Rheinland-Pfalz erfolgt in mehreren Stufen.

Details der Honorarverteilung der KV RLP: Honorarbericht 2015, Kapitel 6, ab Seite 29

4

ABBILDUNG 4.1 STUFEN DER HONORARVERTEILUNG



### 4.1 STUFE 1: FESTLEGUNG VON GRUNDBETRÄGEN

Zunächst werden nach den Vorgaben der KBV einzelne, voneinander unabhängige Grundbeträge je Versichertem bestimmt:

- Grundbetrag für den ärztlichen Bereitschaftsdienst
- Grundbetrag für Laborleistungen
- Grundbetrag für Hausärzte
- Grundbeträge für Fachärzte
  - Grundbetrag Fachärzte

- Grundbetrag „Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)“
- Grundbetrag genetisches Labor

Die Grundbeträge werden getrennt voneinander fortentwickelt und mit der aktuellen Versicherten-zahl multipliziert.

Liegt das tatsächliche Vergütungsvolumen für den Bereitschaftsdienst und für Laborleistungen über den hierfür gebildeten Grundbeträgen, so werden

die Differenzbeträge anteilig aus dem haus- und fachärztlichen Grundbetrag finanziert. Im Grundbetrag PFG entspricht der Grundbetrag gemäß den KBV-Vorgaben immer auch dem tatsächlichen Vergütungsvolumen, sodass hier keine Nachschusspflicht besteht. In Konsequenz ist der

Punktwert für diese Leistung in Abhängigkeit der abgerechneten Punktzahlen schwankend. Gleiches gilt für den Grundbetrag genetisches Labor. Allerdings ist hier durch den Honorarverteilungsmaßstab eine Mindestpunktwert in Höhe von 80 Prozent des Orientierungswertes garantiert.

ABBILDUNG 4.2 GRUNDBETRÄGE UND TATSÄCHLICHE VERGÜTUNG

	Quartal I/2017	Quartal II/2017	Quartal III/2017	Quartal IV/2017	2017 gesamt
<b>Grundbetrag Labor</b>					
Grundbetrag	25.178.855 €	25.943.033 €	25.622.721 €	24.695.622 €	101.440.232 €
Tatsächliche Vergütung	28.188.492 €	25.669.005 €	26.354.372 €	26.020.993 €	106.232.862 €
<b>Grundbetrag organisierter Notfalldienst (Bereitschaftsdienst und Krankenhausambulanzen)</b>					
Grundbetrag	8.557.920 €	8.504.701 €	8.098.603 €	7.590.115 €	32.751.338 €
Tatsächliche Vergütung	7.136.533 €	8.311.725 €	7.417.106 €	7.850.483 €	30.715.847 €
<b>Grundbetrag Hausärzte</b>					
Grundbetrag	145.165.549 €	148.377.288 €	143.994.673 €	147.143.283 €	584.680.793 €
Tatsächliche Vergütung	144.263.488 €	148.600.368 €	143.922.255 €	146.358.549 €	583.144.661 €
<b>Grundbetrag Fachärzte, ohne PFG und genetisches Labor</b>					
Grundbetrag	125.086.551 €	127.730.835 €	123.626.098 €	126.606.915 €	503.050.399 €
Tatsächliche Vergütung	124.400.363 €	127.974.759 €	123.648.361 €	125.805.909 €	501.829.393 €
<b>Grundbetrag PFG</b>					
Grundbetrag	7.728.340 €	7.907.523 €	7.741.602 €	1.989.161 €	25.366.627 €
Tatsächliche Vergütung	7.728.340 €	7.907.523 €	7.741.602 €	1.989.161 €	25.366.627 €
<b>Grundbetrag genetisches Labor</b>					
Grundbetrag	2.223.877 €	2.160.872 €	1.950.342 €	7.988.406 €	14.323.497 €
Tatsächliche Vergütung	2.223.877 €	2.160.872 €	1.950.342 €	7.988.406 €	14.323.497 €
<b>Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (mGV)*</b>					
Grundbetrag	313.941.092 €	320.624.253 €	311.034.038 €	316.013.503 €	1.261.612.886 €
Tatsächliche Vergütung	313.941.092 €	320.624.253 €	311.034.038 €	316.013.503 €	1.261.612.886 €

\* Grundbeträge bereits um 0,1 % zur Finanzierung des Sicherstellungsfonds reduziert

#### 4.2 STUFE 2: BILDUNG VON HONORARFONDS

Nach der Trennung in die Grundbeträge erfolgt die Honorarverteilung für Haus- und Fachärzte zwar spiegelbildlich, aber völlig getrennt voneinander. Zunächst werden in beiden Versorgungsbereichen folgende Positionen vorweg abgezogen:

- Vorwegabzug für die Bildung oder Auflösung von Rückstellungen
- Vorwegabzug für den versorgungsbereichsspezifischen Fremdkassenzahlungsausgleich
- Vorwegabzug für Vorwegleistungen
- Vorwegabzug für den Ausgleich von Fehlbeträgen anderer Grundbeträge



ABBILDUNG 4.3 VORWEGABZÜGE IM HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNGSBEREICH

	Quartal I/2017	Quartal II/2017	Quartal III/2017	Quartal IV/2017
Grundbetrag Hausärzte	145.165.549 €	148.377.288 €	143.994.673 €	147.143.283 €
<b>Vorwegabzug „Bildung/Auflösung von Rückstellungen“:</b>				
Rückstellung Hausärzte	-405.000 €	-405.000 €	-405.000 €	-405.000 €
<b>Vorwegabzug „Versorgungsbereichsspezifischer FKZ“:</b>				
FKZ Hausärzte im Vorjahresquartal	-1.193.969 €	-1.256.829 €	-1.300.299 €	-1.387.588 €
<b>Vorwegabzug „Vorwegleistungen“:</b>				
Kosten Kapitel 40 EBM in mGV	-112.503 €	-97.892 €	-104.539 €	-102.869 €
<b>Vorwegabzug „Ausgleich von Fehlbeträgen anderer Grundbeträge“:</b>				
Anteil Hausärzte an Fehlbetrag Labor	-1.523.478 €	138.713 €	-370.362 €	-670.903 €
Anteil Hausärzte an Fehlbetrag Bereitschaftsdienst	621.417 €	84.367 €	297.944 €	-113.830 €
<b>Grundbetrag Hausärzte (hausärztliches Vergütungsvolumen) vor Aufteilung in Honorarfonds</b>	<b>142.552.016 €</b>	<b>146.840.648 €</b>	<b>142.112.417 €</b>	<b>144.463.092 €</b>

ABBILDUNG 4.4 VORWEGABZÜGE IM FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNGSBEREICH

	Quartal I/2017	Quartal II/2017	Quartal III/2017	Quartal IV/2017
Grundbetrag Fachärzte	125.086.551 €	127.730.835 €	123.626.098 €	126.606.915 €
<b>Vorwegabzug „Versorgungsbereichsspezifischer FKZ“:</b>				
FKZ Fachärzte im Vorjahresquartal	-5.542.232 €	-5.657.125 €	-5.694.943 €	-5.784.614 €
<b>Vorwegabzug „Vorwegleistungen“:</b>				
Kosten Kapitel 40 EBM in mGV	-4.208.405 €	-3.725.801 €	-3.748.841 €	-3.675.072 €
Honorarfonds übrige Psychotherapie	-2.578.230 €	-1.638.180 €	-1.577.374 €	-1.607.000 €
Rückstellung Fachärzte	-395.000 €	-395.000 €	-395.000 €	-395.000 €
<b>Vorwegabzug „Ausgleich von Fehlbeträgen anderer Grundbeträge“:</b>				
Anteil Fachärzte an Fehlbetrag Labor	-1.486.158 €	135.315 €	-361.289 €	-654.468 €
Anteil Fachärzte an Fehlbetrag Bereitschaftsdienst	799.970 €	108.608 €	383.553 €	-146.538 €
<b>Grundbetrag Fachärzte (fachärztliches Vergütungsvolumen) vor Aufteilung in Honorarfonds</b>	<b>111.676.496 €</b>	<b>116.558.652 €</b>	<b>112.232.204 €</b>	<b>114.344.224 €</b>

**ABBILDUNG 4.5 HONORARFONDS DER HAUSÄRZTE UND FACHÄRZTE  
NACH HONORARKLAMMER**

Fachgruppe	Quartal I/2017	Quartal II/2017	Quartal III/2017	Quartal IV/2017	2017 gesamt
Allgemeinärzte, hausärztlich tätige Internisten	129.259.326 €	133.140.951 €	128.851.148 €	130.941.022 €	522.192.448 €
Kinderärzte	13.292.690 €	13.699.697 €	13.261.268 €	13.522.070 €	53.775.725 €
<b>Grundbetrag Hausärzte (hausärztliches Vergütungsvolumen)</b>	<b>142.552.016 €</b>	<b>146.840.648 €</b>	<b>142.112.417 €</b>	<b>144.463.092 €</b>	<b>575.968.173 €</b>

Fachgruppe	Quartal I/2017	Quartal II/2017	Quartal III/2017	Quartal IV/2017	2017 gesamt
Anästhesisten	1.002.871 €	1.047.988 €	1.009.868 €	1.032.936 €	4.093.663 €
Augenärzte	9.995.929 €	10.445.632 €	10.065.677 €	10.249.843 €	40.757.081 €
Chirurgen	6.558.458 €	6.824.567 €	6.576.326 €	6.696.650 €	26.656.001 €
Gynäkologen	10.277.594 €	10.739.969 €	10.349.307 €	10.538.663 €	41.905.534 €
HNO-Ärzte	8.087.075 €	8.450.901 €	8.143.503 €	8.292.500 €	32.973.980 €
Hautärzte	4.292.751 €	4.485.876 €	4.322.704 €	4.401.794 €	17.503.125 €
Fachärztliche Internisten	18.463.330 €	19.293.969 €	18.592.160 €	18.932.330 €	75.281.788 €
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie KJP	11.488.783 €	11.997.265 €	11.560.870 €	11.772.393 €	46.819.311 €
Orthopäden, Reha-Mediziner	11.215.023 €	11.748.518 €	11.321.171 €	11.528.308 €	45.813.020 €
Radiologen, Nuklearmediziner und Strahlentherapeuten	20.007.850 €	20.907.975 €	20.147.457 €	20.527.677 €	81.590.959 €
Urologen	3.919.988 €	4.096.343 €	3.947.340 €	4.019.563 €	15.983.234 €
Auftragsärzte gesamt	2.698.999 €	2.823.804 €	2.698.970 €	2.802.720 €	11.024.493 €
Ermächtigte Vertragsärzte	2.532.163 €	2.509.070 €	2.353.243 €	2.384.319 €	9.778.795 €
Nur schmerztherapeutisch tätige Praxen	1.135.682 €	1.186.774 €	1.143.606 €	1.164.530 €	4.630.592 €
<b>Grundbetrag Fachärzte (fachärztliches Vergütungsvolumen)</b>	<b>111.676.496 €</b>	<b>116.558.652 €</b>	<b>112.232.204 €</b>	<b>114.344.224 €</b>	<b>454.811.576 €</b>



Nach den Vorwegabzügen wird der verbleibende Geldbetrag eines jeden Versorgungsbereichs – unter Berücksichtigung einer Honorarklammer – auf die einzelnen Fachgruppen verteilt.

Im hausärztlichen Bereich gibt es zwei Honorarfonds: für Allgemeinärzte und hausärztliche Internisten sowie für Kinderärzte. Im fachärztlichen Bereich sind es insgesamt 14 Fachgruppenthonorarfonds. Die weitere Verteilung erfolgt ausschließlich innerhalb des jeweiligen Fonds. Eine Umverteilung zwischen den einzelnen Honorarfonds ist damit ausgeschlossen.

Die Honorarklammer sorgt dafür, dass sich das Honorar jeder Fachgruppe zunächst um maximal fünf Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal verändert. Erst im Anschluss werden die Honorarzuwächse und Rückstellungen verteilt, sodass insgesamt auch Zuwächse von mehr als fünf Prozent möglich sind. Durch die Honorarklammer wird

somit die Umverteilung zwischen den Fachgruppen eines Versorgungsbereiches begrenzt.

### 4.3 STUFE 3: VERGÜTUNG INNERHALB DER FACHGRUPPENSPEZIFISCHEN HONORARFONDS

Aus den Honorarfonds der einzelnen Honorarfachgruppen werden nun Leistungen vorweg vergütet. Im Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP, der von der Vertreterversammlung beschlossen wird, ist geregelt, welche Leistungen mit welchem Punktwert vorab vergütet werden und welche Leistungen einer Mengengrenzung unterliegen. Hierzu gibt es keine Vorgaben auf Bundesebene. Der Umfang der Vorwegleistungen kann von Fachgruppe zu Fachgruppe unterschiedlich ausfallen.

Die Vorwegleistungen sind im Honorarverteilungsmaßstab festgelegt. Dieser steht online bereit unter [www.kv-rlp.de/41517-1093](http://www.kv-rlp.de/41517-1093).

**ABBILDUNG 4.6 ANTEIL DER VORWEGLEISTUNGEN UND MENGENBEGRENZTEN LEISTUNGEN INNERHALB DER HONORARFONDS**

	Anteil Vorwegleistungen	Anteil mengenbegrenzte Leistungen
	2017 gesamt	2017 gesamt
Allgemeinärzte, hausärztlich tätige Internisten	92,4 %	7,6 %
Kinderärzte	86,8 %	13,2 %
Anästhesisten	16,2 %	83,8 %
Augenärzte	27,1 %	72,9 %
Chirurgen	57,9 %	42,1 %
Gynäkologen	54,2 %	45,8 %
HNO-Ärzte	64,4 %	35,6 %
Hautärzte	0,8 %	99,2 %
Fachärztliche Internisten	0,2 %	99,8 %
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie KJP	1,4 %	98,6 %
Orthopäden, Reha-Mediziner	45,6 %	54,4 %
Radiologen, Nuklearmediziner und Strahlentherapeuten	0,0 %	100,0 %
Urologen	64,3 %	35,7 %
Auftragsärzte gesamt	0,0 %	100,0 %
Ermächtigte Vertragsärzte	3,3 %	96,7 %
nur schmerztherapeutisch tätige Praxen	0,2 %	99,8 %

### **Vergütung der Leistungen mit Mengenbegrenzung**

Nach der Vergütung der Vorwegleistungen aus den Honorarfonds wird der verbleibende Geldbetrag zur Berechnung der Punktwerte für die budgetierten Leistungen im Verhältnis 98 Prozent zu zwei Prozent aufgeteilt. Den 98 Prozent werden die abgerechneten Punktzahlen gegenübergestellt, die alle Ärzte der entsprechenden Fachgruppe innerhalb ihres Budgets (PZ Vorjahr) angefordert haben. Daraus ergibt sich ein Punktwert für die abgerechneten Leistungen innerhalb einer Fachgruppe.

Analog wird mit den zwei Prozent und den Leistungen, die alle Ärzte der Fachgruppe oberhalb ihres Budgets (PZ Zuwachs) angefordert haben, ein Punktwert für diese Leistungen berechnet.

Eine Ausnahme bilden die Fachgruppen der Auftragsärzte und der Ermächtigten, für die keine individuelle Budgetierung durchgeführt und somit auch nur ein Punktwert für alle Leistungen errechnet wird.

Bei den Punktwerten ist neben der im HVM festgesetzten Mindesthöhe stets eine Reihenfolge einzuhalten. Der Punktwert für die Leistungen über das Budget hinaus darf den Punktwert der Leistungen innerhalb des Budgets nicht überschreiten. Ansonsten wird ein Mischpunktwert für die beiden Bereiche gebildet. Außerdem darf der Punktwert für die Vorwegleistungen nicht niedriger sein als der Punktwert für die Leistungen mit Mengenbegrenzung. Auch hier wird gegebenenfalls ein Mischpunktwert gebildet.

Im Ergebnis gibt es für jedes Quartal und für jede Fachgruppe einen Punktwert für die Leistungen bis zur Budgetgrenze und einen niedrigeren Punktwert für die Leistungen oberhalb der Budgetgrenze.

### **Bildung von Budgets auf Praxisebene**

Das Budget einer Praxis für die der Mengenbegrenzung unterliegenden Leistungen ergibt sich aus dem anerkannten Punktzahlvolumen der Praxis im Vorjahresquartal.

Unter die Mengenbegrenzung einer Praxis fällt die Gesamtpunktzahl abzüglich der extrabudgetären Leistungen und der Vorwegleistungen. Dieses Budget wird auch PZ Vorjahr genannt und ist in Punkten festgelegt. Die im aktuellen Quartal erbrachten Leistungen oberhalb der Budgetgrenze bei Leistungssteigerung der Praxis werden im entsprechenden Quartal des Folgejahres bei der Höhe des Budgets (PZ Vorjahr) berücksichtigt.

Für eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) gilt: Dieses Budget wird immer bezogen auf die Praxis ermittelt, nicht auf den einzelnen Arzt. Somit können innerhalb der BAG die Leistungen untereinander verrechnet werden, das heißt, Mehrarbeit von Arzt A kann durch einen geringeren Leistungsumfang von Arzt B ausgeglichen werden. In BAG mit mehreren Fachgruppen – fachübergreifende BAG – werden die Leistungen der einzelnen Ärzte innerhalb der BAG mit den Punktwerten der jeweiligen Fachgruppe unterschiedlich vergütet.

Für neu niedergelassene Ärzte gilt: Ist ein Arzt noch keine vier Jahre niedergelassen, so gilt er gemäß HVM als Neugründer. Dies bedeutet, dass in diesem Zeitraum die Mengenbegrenzung ausgesetzt wird, solange er den Durchschnitt seiner Arztgruppe noch nicht erreicht hat. Diese Neugründerregelung gilt aber nur für Einzelpraxen uneingeschränkt.

In einigen Fällen ist der Vergleich einer Praxis mit der Punktzahl im Vorjahresquartal problematisch. Im HVM ist in der Anlage 2 unter Punkt 3 geregelt, unter welchen Voraussetzungen eine Anhebung des Budgets oder gar ein vollständiges Aussetzen der Mengenbegrenzung auf Antrag durch die Praxis möglich ist. Hierzu zählen unter anderem eine längere Erkrankung mit entsprechend geringerem Leistungsumfang im Vorjahresquartal, die Übernahme von Patienten eines Kollegen, der die Tätigkeit beendet hat, neue Qualifikationen oder der Umzug der Praxis.



### **Regelung zur übermäßigen Ausdehnung**

Die Regelung zur übermäßigen Ausdehnung bezieht sich auf alle im Honorarfonds vergüteten Leistungen und somit auch auf die Grund- und Versichertenpauschale, Besuche sowie bei den Hausärzten auch die Gesprächsleistung, Chronikerpauschale, Vorhaltepauschale und Geriatrieziffern. Für diese Leistungen wird für jede Arztgruppe ein Durchschnitt ermittelt. Es erfolgt eine Abstufung aufgrund übermäßiger Ausdehnung bei

Überschreitung der durchschnittlichen Punktzahl je Arzt einer Arztgruppe um mehr als 100 Prozent. Rechnet somit eine Praxis unter Berücksichtigung der Zahl der Ärzte in der Praxis pro Arzt im Schnitt mehr als den doppelten Durchschnitt der Arztgruppe ab, so erfolgt eine Abstufung der darüber hinausgehenden Leistungen um 50 Prozent. Bei Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad unter 100 Prozent finden diese Regelungen keine Anwendung.





## VOM PRAXISUMSATZ ZUM NETTOEINKOMMEN

Die Frage nach dem konkreten Nettoeinkommen von Ärzten in Rheinland-Pfalz kann dieser Honorarbericht nicht beantworten, da der KV RLP keine konkreten Zahlen zur Kostenstruktur ihrer Mitglieder vorliegen. Vielmehr wird an dieser Stelle ein Nachweis über die Höhe der Honorarumsätze aus GKV-Tätigkeit und über deren Zustandekommen gegeben.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hingegen befragt regelmäßig im bundesweit angelegten Zi-Praxis-Panel niedergelassene Ärzte zu ihren Kostenstrukturen. Im letzten Panel haben rund 6.500 Ärzte und Psychotherapeuten aus unterschiedlichsten Fachgruppen und Regionen teilgenommen. Die Ergebnisse sollen die

tatsächliche Entwicklung ihrer Kostenstrukturen abbilden und damit die notwendige Grundlage für die Verhandlungen zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband für die bundesweite Honorarentwicklung sein.

Anhand dieser Zahlen auf Bundesebene ist davon auszugehen, dass einem Arzt in Rheinland-Pfalz von 100 Euro Umsatz durchschnittlich 26 Euro Nettoeinkommen verbleiben und die übrigen 74 Euro für Betriebsausgaben, Steuern und Altersvorsorge sowie Krankenversicherung aufgewendet werden müssen.

Das vollständige Zi-Praxis-Panel steht online bereit unter [www.zi-pp.de](http://www.zi-pp.de).

5

ABBILDUNG 5.1 JAHRESÜBERSCHUSS JE PRAXISINHABER

		Beträge aus dem Zi-Praxis-Panel
<b>Einnahmen</b>	GKV-Umsatz	233.800 €
	Privatliquidation	62.200 €
	Sonstige	16.300 €
	<b>Gesamtumsatz</b>	<b>312.300 €</b>
<b>Ausgaben</b>	Materialkosten und Labor	9.200 €
	Personalkosten	78.600 €
	Raumkosten	17.700 €
	Beiträge/Versicherungen	7.400 €
	Abschreibungen	9.400 €
	Zinsen	2.100 €
	Leasing und Miete von Geräten	2.200 €
	Wartung und Instandhaltung	4.400 €
	Sonstiges	20.500 €
	<b>Gesamtaufwendungen</b>	<b>151.500 €</b>
	<b>JAHRESÜBERSCHUSS</b>	<b>160.800 €</b>

Quelle: Zi-Praxis-Panel 2016 auf Basis der Daten 2015 und eigene Berechnungen.

ABBILDUNG 5.2 VERFÜGBARES NETTOEINKOMMEN UND NETTOSTUNDENSATZ

	Beträge aus dem Zi-Praxis-Panel
<b>Jahresüberschuss</b>	<b>160.824 €</b>
abzüglich ärztliche Altersvorsorge*	20.140 €
abzüglich Kranken- und Pflegeversicherung**	8.925 €
abzüglich Einkommensteuer***	51.451 €
<b>verfügbares Nettoeinkommen im Jahr</b>	<b>80.308 €</b>
monatlich verfügbares Nettoeinkommen	6.692 €
<b>Nettostundensatz****</b>	<b>36 €</b>

\* Allgemeine Versorgungsabgabe eines voll zahlenden Mitglieds; 14 % bzw. Höchstbetrag 20.140 Euro/Jahr; vgl. Ärzteversorgung Niedersachsen, Seite 3.

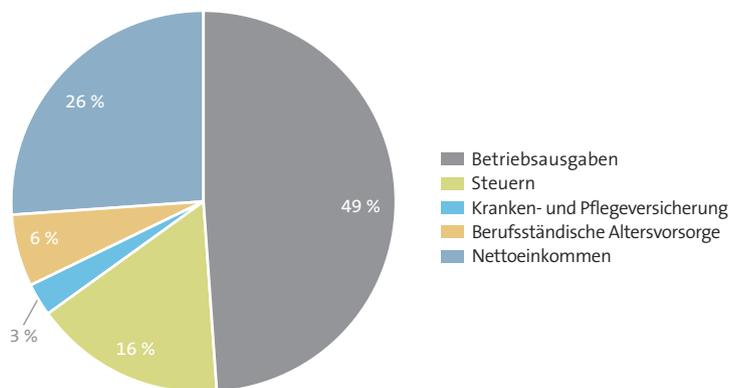
\*\* Beiträge zu Kranken- und Pflegeversicherung als freiwillig gesetzlich Versicherter (kinderlos).

\*\*\* Steuerklasse 1; abzugsfähige Vorsorgeaufwendungen 80 % der Versorgungswerkbeiträge plus Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge (inkl. SolZ).

\*\*\*\* Bei 46 Arbeitswochen pro Jahr und einer Wochenarbeitszeit von 49 Stunden.

Quelle: Zi-Praxis-Panel 2016.

ABBILDUNG 5.3 ANTEIL DER BETRIEBSAUSGABEN UND DES VERFÜGBAREN EINKOMMENS AM GESAMTUMSATZ



Quelle: Zi-Praxis-Panel 2016 auf Basis der Daten 2015 und eigene Berechnungen.

Die Durchschnittszahlen zum Jahresüberschuss variieren jedoch stark zwischen Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten sowie innerhalb der Fachärzte nach den verschiedenen Fachgruppen sowie zwischen Ärzten mit eher operativer oder eher konservativer Ausrichtung.



ABBILDUNG 5.4 JAHRESÜBERSCHUSS NACH VERSORGUNGSBEREICHEN

	Hausärztliche Versorgung	Fachärztliche Versorgung	Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung
<b>Einnahmen</b>			
GKV-Umsatz	267.700 €	258.200 €	81.500 €
Privatliquidation und sonstiger Umsatz	53.800 €	116.500 €	22.000 €
<b>Gesamtumsatz</b>	<b>321.500 €</b>	<b>374.700 €</b>	<b>103.500 €</b>
<b>Ausgaben</b>			
Personal	86.700 €	93.200 €	4.200 €
Material und Labor	5.900 €	11.500 €	200 €
Miete für Praxisräume	17.300 €	24.000 €	7.100 €
Abschreibungen	7.300 €	12.600 €	2.300 €
Sonstige	35.900 €	47.100 €	14.700 €
<b>Gesamtaufwendungen</b>	<b>153.100 €</b>	<b>188.400 €</b>	<b>28.500 €</b>
<b>Jahresüberschuss</b>	<b>168.400 €</b>	<b>186.300 €</b>	<b>74.900 €</b>

Quelle: Zi-Praxis-Panel 2016.

ABBILDUNG 5.5 JAHRESÜBERSCHUSS JE INHABER NACH FACHGRUPPEN  
(WERTE EINZELPRAXEN)

Fachgruppen	Gesamtumsatz	Gesamtaufwendungen	Jahresüberschuss
	GKV+PKV	GKV+PKV	GKV+PKV
Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten	304.155 €	140.716 €	163.439 €
Anästhesisten	317.593 €	155.551 €*	162.042 €
Augenärzte	485.279 €	248.686 €*	236.593 €
Chirurgen	419.828 €	235.028 €	184.800 €
Dermatologen	455.874 €	234.706 €	221.168 €
Gynäkologen	321.250 €	154.891 €	166.359 €
HNO-Ärzte	333.904 €	160.398 €	173.506 €
Innere Medizin – Gastroenterologen	518.777 €	284.037 €	234.740 €
Innere Medizin – Kardiologen	415.800 €	200.968 €	214.832 €
Innere Medizin – Pneumologen	520.138 €	305.667 €	214.471 €
Kinderärzte	326.680 €	157.430 €	169.250 €
Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten	341.998 €	188.389 €	153.609 €
Nervenärzte, Neurologen und Psychiater	319.147 €	128.847 €	190.300 €
Neurologen	296.749 €	128.820 €	167.929 €
Nuklearmediziner	446.176 €	281.188 €*	164.988 €
Orthopäden	432.926 €	227.656 €	205.270 €
Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin	239.683 €	112.900 €	126.783 €
Psychiater	194.642 €	67.884 €	126.758 €
Ärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapeuten	102.797 €	28.363 €	74.434 €
Psychotherapeuten	102.943 €	28.648 €	74.295 €
Radiologen	1.132.910 €	761.342 €*	371.568 €
Urologen	378.809 €	185.288 €	193.521 €
Übergreifend tätige Praxen	535.612 €	264.935 €	270.677 €

Hinweis: Gewichtete Ergebnisse. Wenn der relative Standardfehler einer zentralen Kennzahl 15 Prozent übersteigt, erfolgt eine \*-Markierung der betreffenden Werte.

Quelle: Zi-Praxis-Panel 2016.



## ENTWICKLUNG DER GKV-UMSÄTZE NACH FACHGRUPPEN

Die folgenden Tabellen und Grafiken geben einen Überblick über die Entwicklung der GKV-Umsätze in Rheinland-Pfalz sowie die Entwicklung der Fallzahlen und Arztzahlen der Jahre 2012 bis 2017. Diese Zahlen sind in die Fachgruppen gemäß Honorarverteilungsmaßstab (HVM) untergliedert. Zur Interpretation der Zahlen sind die nachfolgenden Informationen nützlich.

### **Auswirkungen von Sonderzahlen im hausärztlichen Bereich**

Im hausärztlichen Bereich sind in den GKV-Umsätzen der Jahre 2012 und 2013 auch Sonderzahlungen in Höhe von drei Prozent aufgrund der Auflösung von Rücklagen enthalten. Es handelte sich hierbei um Einmalzahlungen, das heißt um Gelder, die im Jahre 2014 nicht mehr für die Honorarverteilung zur Verfügung standen und sich damit negativ auf die Veränderungsrate zum Jahr 2013 auswirkten.

### **Interpretation der Zahlen der fachärztlichen Internisten**

Die GKV-Umsätze der fachärztlichen Internisten beinhalten auch die Dialyse-Sachkosten der Nephrologen. Diese machen annähernd 60 Prozent des Umsatzes im fachärztlich internistischen Bereich aus. Daher sind die durchschnittlichen Arztsätze sowie auch die durchschnittlichen Fallwerte der fachärztlichen Internisten überhöht dargestellt.

### **Darstellung nach Fachgruppen versus Darstellung nach Arztgruppen**

Aus Gründen der Übersichtlichkeit ist die Entwicklung der Umsätze nach den Honorarfachgruppen unterteilt. Insbesondere bei fachärztlichen Internisten, bei Nervenärzten und Psychiatern sowie bei Radiologen können die Umsätze und Fallwerte deutlich je nach Tätigkeitsschwerpunkt schwanken. Aus diesem Grund wurden in Kapitel 7 die

Honorarzahlen des Jahres 2017 innerhalb der obigen Fachgruppen weiter nach Arztgruppen gegliedert.

### **Interpretation der Arztszahlen**

Bei der Entwicklung der Arztszahlen von 2012 bis 2017 nach Fachgruppen in der Abbildung 6.9 ist zu beachten, dass die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gezählt wurden ohne Berücksichtigung des Versorgungsumfanges, mit dem sie zugelassen sind. Da in den letzten Jahren zahlreiche Arztsitze in zwei halbe Sitze umgewandelt wurden, kommt es zu einer rechnerischen Zunahme an Arztsitzen, ohne dass eine entsprechende Zunahme des Versorgungsumfanges zugrunde liegt. Durch die Zählung der reinen Kopfzahl ohne Berücksichtigung des Versorgungsumfanges kann es für das Jahr 2017 zu Abweichungen gegenüber Kapitel 7 bezüglich des Umsatzes je Arzt kommen.

### **Ursachen für die unterschiedlichen Honorarentwicklungen der Fachgruppen**

Es gibt eine Vielzahl von Ursachen, die die Honorarentwicklung der Fachgruppen beeinflussen. Hierzu zählen das Verhältnis von budgetären und extrabudgetären Leistungen, die Leistungsentwicklung bei den extrabudgetären Leistungen, eine geänderte Vergütung von extrabudgetären Leistungen und natürlich auch Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) sowie Änderungen der Gebührenordnung (EBM).

Je nach Fachgruppe können hier unterschiedliche Ursachen für die Honorarentwicklung verantwortlich sein. Eine Einzelanalyse je Fachgruppe würde den Rahmen des Honorarberichts sprengen. Die Mitarbeiter der Abteilung Honorarstruktur der KV RLP können jedoch auf Wunsch eine individuelle Ursachenanalyse für die einzelnen Fachgruppen erstellen.

ABBILDUNG 6.1 ENTWICKLUNG DES GKV-UMSATZES DER HAUSÄRZTE IM VERGLEICH ZUM VORJAHR

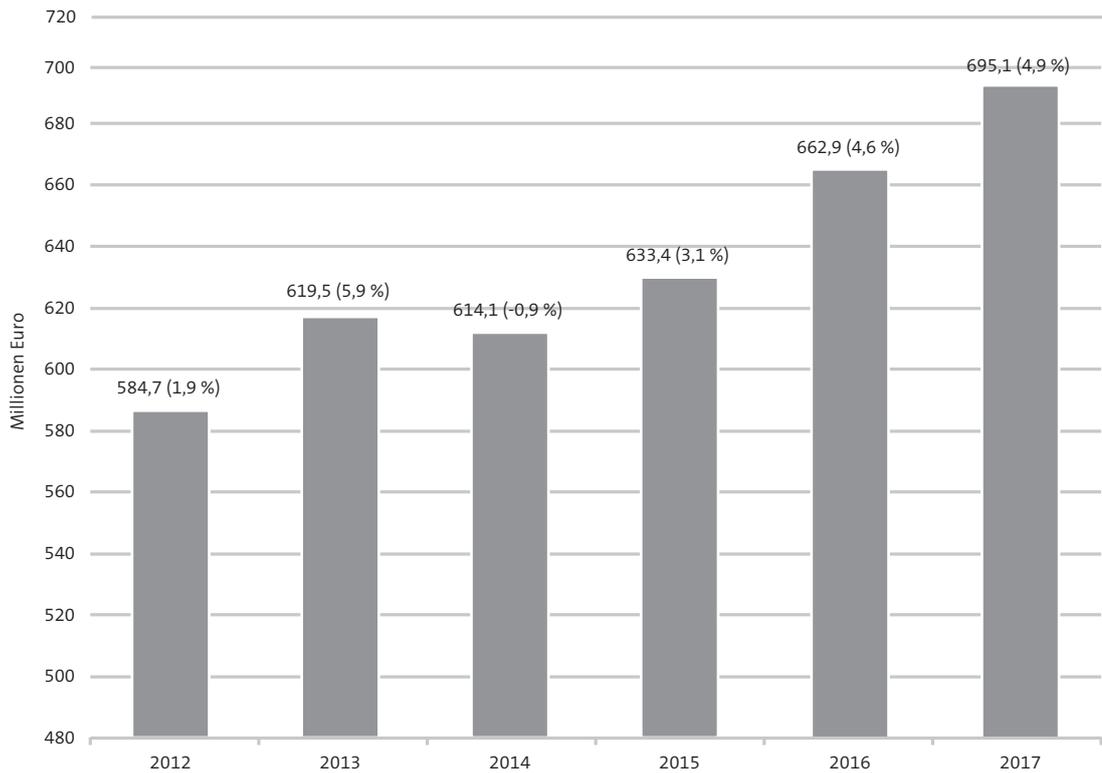


ABBILDUNG 6.2 ENTWICKLUNG DES GKV-UMSATZES DER FACHÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN IM VERGLEICH ZUM VORJAHR

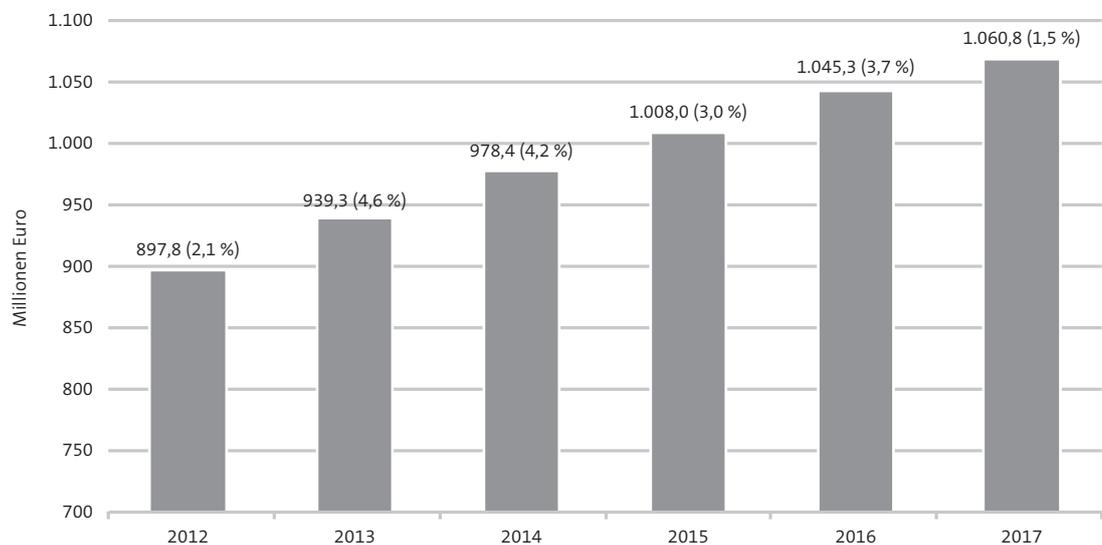




ABBILDUNG 6.3 ENTWICKLUNG DES GKV-UMSATZES VON 2012 BIS 2017

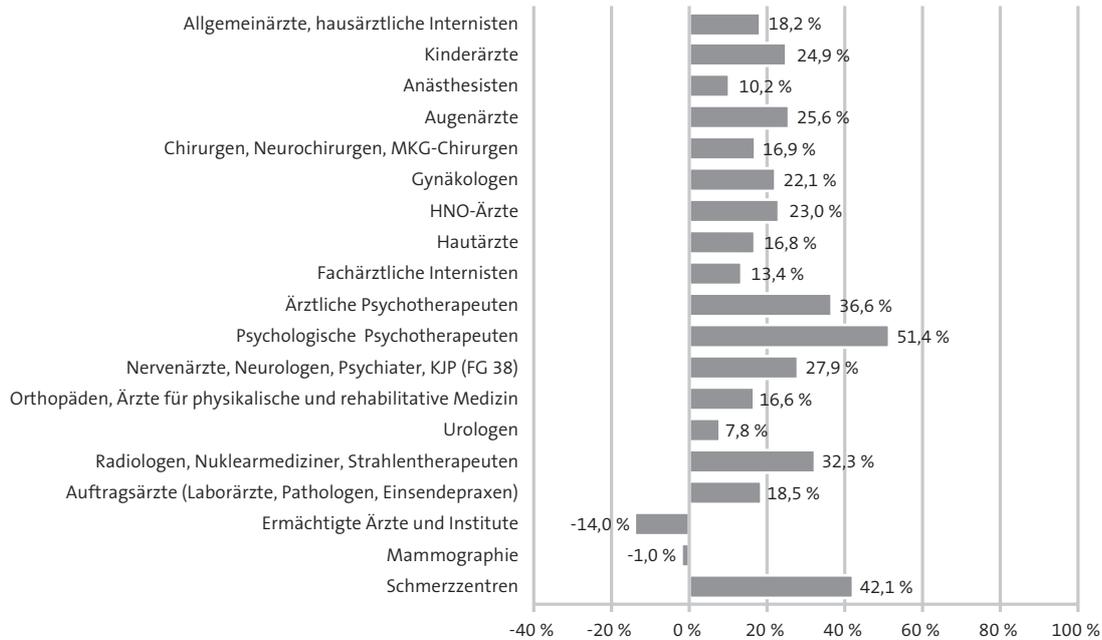


ABBILDUNG 6.4 ENTWICKLUNG DER FALLZAHLEN VON 2012 BIS 2017

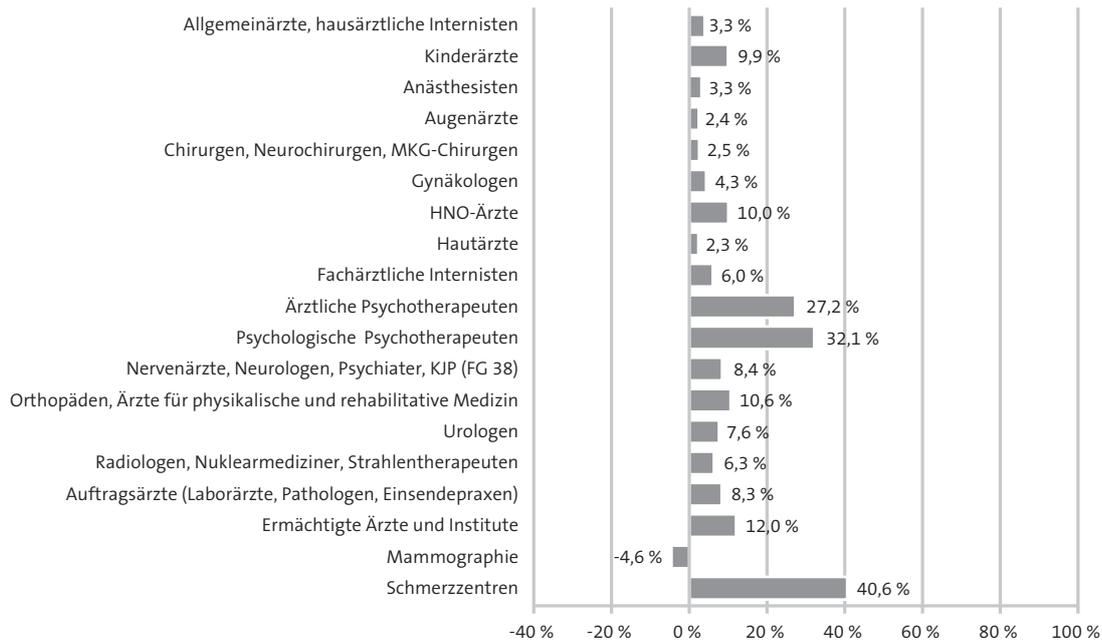


ABBILDUNG 6.5 ENTWICKLUNG DER FALLWERTE VON 2012 BIS 2017

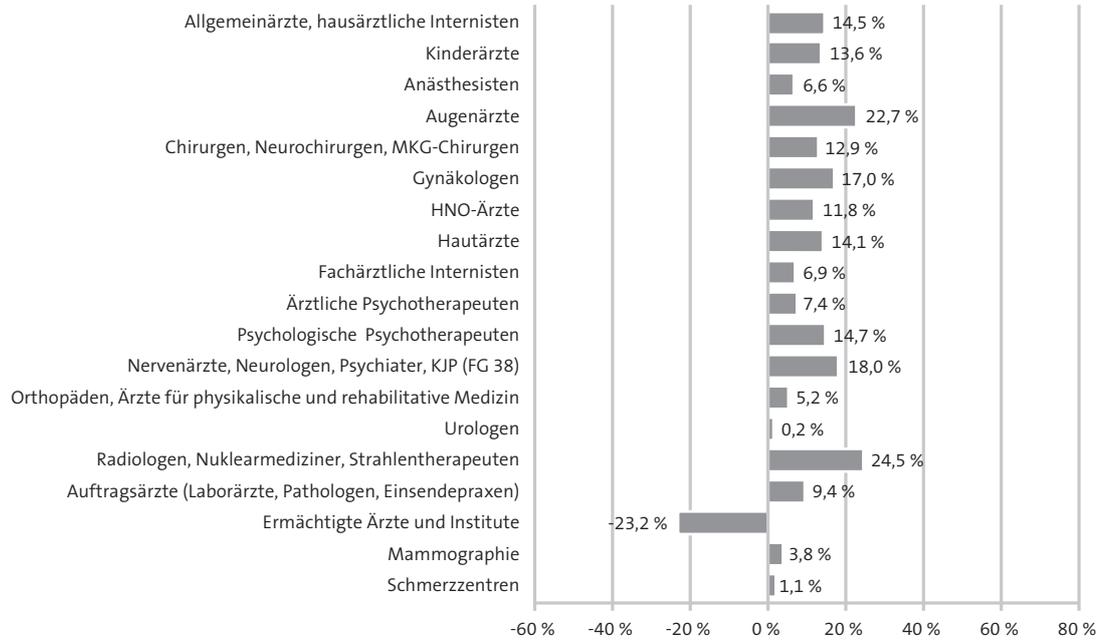


ABBILDUNG 6.6 ENTWICKLUNG DER ARZTZAHLEN VON 2012 BIS 2017

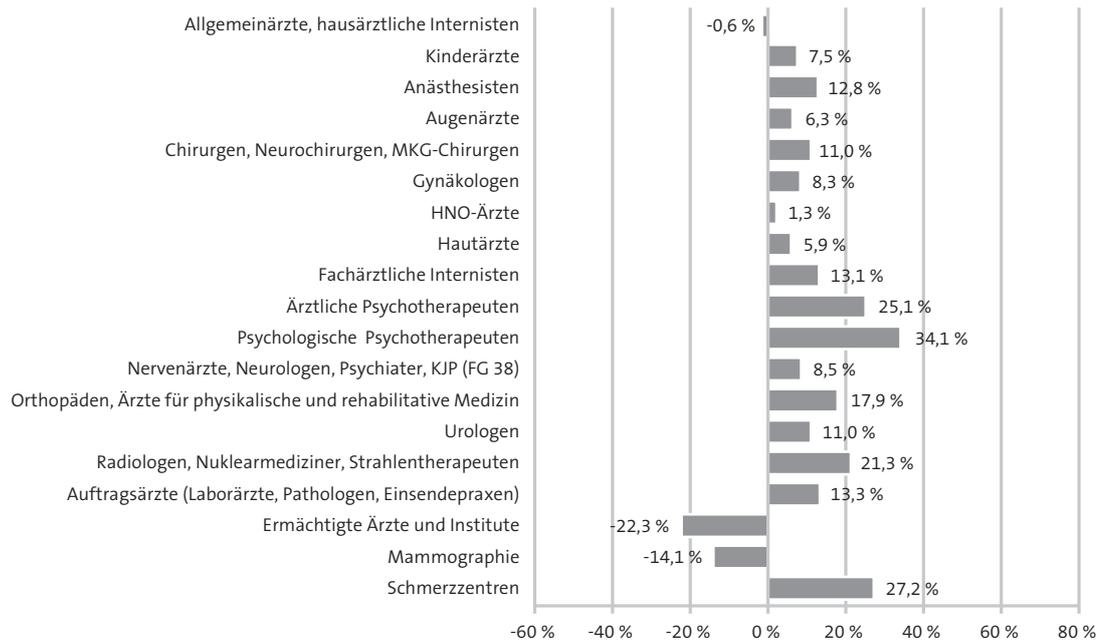




ABBILDUNG 6.7 ENTWICKLUNG DES GKV-UMSATZES

Fachgruppen	GKV-Umsatz					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten	525.969.781	557.228.143	551.604.003	568.857.113	595.663.273	621.783.916
Kinderärzte	58.744.742	62.274.621	62.509.155	64.587.266	67.228.923	73.361.331
Anästhesisten	14.687.174	14.671.871	15.348.594	15.728.173	16.231.988	16.187.818
Augenärzte	64.650.377	69.285.967	74.136.747	78.287.063	79.303.435	81.216.599
Chirurgen, Neurochirurgen, MKG-Chirurgen	41.686.028	43.659.634	47.246.270	47.794.312	48.260.422	48.748.137
Gynäkologen	76.488.848	81.059.784	85.834.774	88.798.002	90.480.843	93.385.916
HNO-Ärzte	32.152.080	33.925.286	35.682.247	37.060.332	38.090.700	39.533.139
Hautärzte	27.234.089	29.030.286	31.983.331	31.983.699	31.492.626	31.803.929
Fachärztliche Internisten	165.935.336	169.873.846	170.113.311	176.711.966	184.899.615	188.089.342
Ärztliche Psychotherapeuten	12.717.504	12.548.812	12.673.752	15.805.832	16.433.076	17.370.484
Psychologische Psychotherapeuten	49.318.499	52.261.850	57.100.092	60.162.985	66.569.247	74.682.742
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJP (FG 38)	47.147.284	49.931.282	51.696.249	54.239.861	57.223.846	60.285.521
Orthopäden, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin	51.822.799	53.531.755	55.101.539	56.380.260	57.867.910	60.294.600
Urologen	24.762.219	25.634.517	26.368.866	26.145.814	26.272.223	26.697.627
Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten	89.751.327	97.450.296	100.699.544	104.583.892	110.637.707	118.780.843
Auftragsärzte (Laborärzte, Pathologen, Einsendepraxen)	89.198.713	92.632.234	115.362.834	119.139.628	122.854.904	105.665.604
Ermächtigte Ärzte und Institute	96.621.340	99.760.778	84.732.945	80.900.300	82.988.683	83.121.940
Mammographie	10.128.356	10.173.153	10.360.510	10.009.219	11.037.162	10.027.648
Schmerzzentren	3.486.707	3.832.742	4.055.325	4.301.096	4.638.487	4.954.184
<b>Gesamt</b>	<b>1.482.503.203</b>	<b>1.558.766.857</b>	<b>1.592.610.088</b>	<b>1.641.476.813</b>	<b>1.708.175.072</b>	<b>1.755.991.321</b>

Versorgungsbereich	GKV-Umsatz					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hausärztlicher Versorgungsbereich	584.714.523	619.502.764	614.113.158	633.444.379	662.892.197	695.145.247
Fachärztlicher Versorgungsbereich	897.788.680	939.264.093	978.496.930	1.008.032.434	1.045.282.876	1.060.846.075
<b>Gesamt</b>	<b>1.482.503.203</b>	<b>1.558.766.857</b>	<b>1.592.610.088</b>	<b>1.641.476.813</b>	<b>1.708.175.072</b>	<b>1.755.991.321</b>

ABBILDUNG 6.8 ENTWICKLUNG DER FALLZAHLEN

Fachgruppen	Fallzahl					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten	8.957.266	9.218.315	9.118.670	9.163.679	9.250.129	9.250.605
Kinderärzte	1.005.149	1.028.498	1.037.638	1.048.409	1.087.687	1.104.665
Anästhesisten	88.719	87.368	91.751	93.114	92.712	91.691
Augenärzte	1.385.780	1.390.584	1.429.138	1.428.867	1.426.405	1.419.229
Chirurgen, Neurochirurgen, MKG-Chirurgen	649.946	660.009	677.657	679.308	689.249	672.914
Gynäkologen	1.589.865	1.642.866	1.669.164	1.666.564	1.669.584	1.658.911
HNO-Ärzte	787.215	816.226	838.031	848.174	867.517	865.769
Hautärzte	863.272	910.543	912.838	903.772	890.672	883.278
Fachärztliche Internisten	1.126.723	1.135.586	1.162.868	1.172.236	1.211.101	1.194.703
Ärztliche Psychotherapeuten	38.392	38.548	38.903	47.943	48.159	48.847
Psychologische Psychotherapeuten	144.699	152.502	165.131	166.154	175.114	191.097
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJP (FG 38)	675.639	687.808	711.077	720.274	729.290	732.274
Orthopäden, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin	991.016	1.013.013	1.049.013	1.051.223	1.073.373	1.096.082
Urologen	503.947	514.865	527.021	526.059	536.920	542.157
Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten	794.424	793.704	817.858	826.160	849.419	844.747
Auftragsärzte (Laborärzte, Pathologen, Einsendepraxen)	3.568.694	3.577.863	3.774.905	3.904.585	3.907.451	3.864.001
Ermächtigte Ärzte und Institute	1.076.782	1.218.361	1.216.479	1.202.326	1.217.756	1.206.035
Mammographie	354.007	354.251	369.566	344.521	378.954	337.591
Schmerzzentren	25.844	28.930	30.315	32.171	35.625	36.325
<b>Gesamt</b>	<b>24.627.379</b>	<b>25.269.840</b>	<b>25.638.023</b>	<b>25.825.539</b>	<b>26.137.117</b>	<b>26.040.921</b>

Versorgungsbereich	Fallzahl					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hausärztlicher Versorgungsbereich	10.036.139	9.962.415	10.246.813	10.212.088	10.337.816	10.355.270
Fachärztlicher Versorgungsbereich	14.563.376	14.664.964	15.023.027	15.613.451	15.799.301	15.685.651
<b>Gesamt</b>	<b>24.599.515</b>	<b>24.627.379</b>	<b>25.269.840</b>	<b>25.825.539</b>	<b>26.137.117</b>	<b>26.040.921</b>



ABBILDUNG 6.9 ENTWICKLUNG DER ARZTZAHLEN

Fachgruppen	Arztzahl					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten	2.712	2.699	2.687	2.703	2.697	2.696
Kinderärzte	305	311	320	320	327	328
Anästhesisten	125	131	135	137	136	141
Augenärzte	263	268	276	276	281	280
Chirurgen, Neurochirurgen, MKG-Chirurgen	266	265	275	284	286	295
Gynäkologen	481	489	496	500	509	521
HNO-Ärzte	178	178	179	179	180	180
Hautärzte	170	171	170	174	178	180
Fachärztliche Internisten	441	453	466	479	490	499
Ärztliche Psychotherapeuten	171	169	205	218	218	214
Psychologische Psychotherapeuten	668	692	729	773	838	896
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJP (FG 38)	258	257	266	273	274	280
Orthopäden, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin	280	281	295	309	317	330
Urologen	146	148	150	154	157	162
Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten	221	234	245	253	256	268
Auftragsärzte (Laborärzte, Pathologen, Einsendepaxen)	135	138	154	158	158	153
Ermächtigte Ärzte und Institute	772	726	693	655	629	600
Mammographie	76	77	69	73	70	65
Schmerzzentren	20	21	23	24	26	26
<b>Gesamt</b>	<b>7.687</b>	<b>7.707</b>	<b>7.832</b>	<b>7.942</b>	<b>8.023</b>	<b>8.113</b>

Versorgungsbereich	Arztzahl					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hausärztlicher Versorgungsbereich	3.019	3.017	3.010	3.023	3.023	3.023
Fachärztlicher Versorgungsbereich	4.618	4.670	4.697	4.919	5.000	5.090
<b>Gesamt</b>	<b>7.637</b>	<b>7.687</b>	<b>7.707</b>	<b>7.942</b>	<b>8.023</b>	<b>8.113</b>

ABBILDUNG 6.10 ENTWICKLUNG DES GKV-UMSATZES JE FALL

Fachgruppen	GKV-Umsatz je Fall					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten	58,72 €	60,45 €	60,49 €	62,08 €	64,40 €	67,22 €
Kinderärzte	58,44 €	60,55 €	60,24 €	61,61 €	61,81 €	66,41 €
Anästhesisten	165,55 €	167,93 €	167,29 €	168,91 €	175,08 €	176,55 €
Augenärzte	46,65 €	49,83 €	51,88 €	54,79 €	55,60 €	57,23 €
Chirurgen, Neurochirurgen, MKG-Chirurgen	64,14 €	66,15 €	69,72 €	70,36 €	70,02 €	72,44 €
Gynäkologen	48,11 €	49,34 €	51,42 €	53,28 €	54,19 €	56,29 €
HNO-Ärzte	40,84 €	41,56 €	42,58 €	43,69 €	43,91 €	45,66 €
Hautärzte	31,55 €	31,88 €	35,04 €	35,39 €	35,36 €	36,01 €
Fachärztliche Internisten	147,27 €	149,59 €	146,29 €	150,75 €	152,67 €	157,44 €
Ärztliche Psychotherapeuten	331,25 €	325,54 €	325,78 €	329,68 €	341,23 €	355,61 €
Psychologische Psychotherapeuten	340,84 €	342,70 €	345,79 €	362,09 €	380,15 €	390,81 €
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJP (FG 38)	69,78 €	72,59 €	72,70 €	75,30 €	78,47 €	82,33 €
Orthopäden, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin	52,29 €	52,84 €	52,53 €	53,63 €	53,91 €	55,01 €
Urologen	49,14 €	49,79 €	50,03 €	49,70 €	48,93 €	49,24 €
Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten	112,98 €	122,78 €	123,13 €	126,59 €	130,25 €	140,61 €
Auftragsärzte (Laborärzte, Pathologen, Einsendepraxen)	24,99 €	25,89 €	30,56 €	30,51 €	31,44 €	27,35 €
Ermächtigte Ärzte und Institute	89,73 €	81,88 €	69,65 €	67,29 €	68,15 €	68,92 €
Mammographie	28,61 €	28,72 €	28,03 €	29,05 €	29,13 €	29,70 €
Schmerzzentren	134,91 €	132,48 €	133,77 €	133,69 €	130,20 €	136,38 €
<b>Gesamt</b>	<b>60,20 €</b>	<b>61,68 €</b>	<b>62,12 €</b>	<b>63,56 €</b>	<b>65,35 €</b>	<b>67,43 €</b>

Versorgungsbereich	GKV-Umsatz je Fall					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hausärztlicher Versorgungsbereich	58,26 €	62,18 €	59,93 €	62,03 €	64,12 €	67,13 €
Fachärztlicher Versorgungsbereich	61,65 €	64,05 €	65,13 €	64,56 €	66,16 €	67,63 €
<b>Gesamt</b>	<b>60,27 €</b>	<b>63,29 €</b>	<b>63,02 €</b>	<b>63,56 €</b>	<b>65,35 €</b>	<b>67,43 €</b>



ABBILDUNG 6.11 ENTWICKLUNG DER FALLZAHLEN JE ARZT

Fachgruppen	Fallzahl je Arzt					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten	3.303	3.415	3.394	3.390	3.430	3.432
Kinderärzte	3.296	3.307	3.243	3.276	3.331	3.370
Anästhesisten	711	667	681	680	682	651
Augenärzte	5.269	5.189	5.187	5.177	5.081	5.078
Chirurgen, Neurochirurgen, MKG-Chirurgen	2.443	2.491	2.466	2.392	2.412	2.279
Gynäkologen	3.305	3.360	3.367	3.333	3.282	3.184
HNO-Ärzte	4.423	4.586	4.682	4.738	4.820	4.803
Hautärzte	5.078	5.325	5.370	5.194	4.997	4.907
Fachärztliche Internisten	2.555	2.507	2.495	2.447	2.474	2.395
Ärztliche Psychotherapeuten	225	228	190	220	221	228
Psychologische Psychotherapeuten	217	220	226	215	209	213
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJP (FG 38)	2.619	2.676	2.673	2.638	2.662	2.615
Orthopäden, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin	3.539	3.605	3.562	3.402	3.391	3.319
Urologen	3.452	3.479	3.513	3.416	3.431	3.347
Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten	3.595	3.392	3.338	3.265	3.321	3.152
Auftragsärzte (Laborärzte, Pathologen, Einsendepraxen)	26.435	25.927	24.552	24.713	24.731	25.255
Ermächtigte Ärzte und Institute	1.395	1.678	1.755	1.837	1.936	2.011
Mammographie	4.658	4.601	5.356	4.736	5.433	5.174
Schmerzzentren	1.276	1.378	1.304	1.327	1.383	1.411
<b>Gesamt</b>	<b>3.204</b>	<b>3.279</b>	<b>3.274</b>	<b>3.252</b>	<b>3.258</b>	<b>3.210</b>

Versorgungsbereich	Fallzahl je Arzt					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hausärztlicher Versorgungsbereich	3.324	3.302	3.404	3.378	3.419	3.425
Fachärztlicher Versorgungsbereich	3.154	3.140	3.198	3.174	3.160	3.082
<b>Gesamt</b>	<b>3.221</b>	<b>3.204</b>	<b>3.279</b>	<b>3.252</b>	<b>3.258</b>	<b>3.210</b>

ABBILDUNG 6.12 ENTWICKLUNG DES GKV-UMSATZES JE ARZT

Fachgruppen	GKV-Umsatz je Arzt					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten	193.941,66 €	206.457,26 €	205.286,19 €	210.453,98 €	220.881,90 €	230.674,80 €
Kinderärzte	192.605,71 €	200.239,94 €	195.341,11 €	201.835,21 €	205.907,88 €	223.833,20 €
Anästhesisten	117.732,86 €	111.999,02 €	113.904,22 €	114.804,18 €	119.352,85 €	115.011,14 €
Augenärzte	245.818,92 €	258.529,73 €	269.098,90 €	283.648,78 €	282.469,94 €	290.578,17 €
Chirurgen, Neurochirurgen, MKG-Chirurgen	156.714,39 €	164.753,34 €	171.960,95 €	168.289,83 €	168.890,36 €	165.108,00 €
Gynäkologen	159.020,47 €	165.766,43 €	173.141,25 €	177.596,00 €	177.849,32 €	179.243,60 €
HNO-Ärzte	180.629,66 €	190.591,49 €	199.342,16 €	207.040,96 €	211.615,00 €	219.323,93 €
Hautärzte	160.200,52 €	169.767,75 €	188.137,24 €	183.814,36 €	176.676,73 €	176.688,50 €
Fachärztliche Internisten	376.270,60 €	374.997,45 €	365.050,02 €	368.918,51 €	377.731,59 €	377.121,49 €
Ärztliche Psychotherapeuten	74.371,37 €	74.253,33 €	61.898,67 €	72.503,82 €	75.294,74 €	81.170,49 €
Psychologische Psychotherapeuten	73.830,09 €	75.522,90 €	78.299,75 €	77.830,51 €	79.485,67 €	83.351,27 €
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJP (FG 38)	182.741,41 €	194.285,14 €	194.346,80 €	198.680,81 €	208.846,15 €	215.305,43 €
Orthopäden, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin	185.081,43 €	190.504,47 €	187.102,00 €	182.460,39 €	182.837,00 €	182.572,60 €
Urologen	169.604,24 €	173.206,20 €	175.792,44 €	169.778,01 €	167.873,63 €	164.800,17 €
Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten	406.114,60 €	416.454,26 €	411.018,55 €	413.375,07 €	432.601,00 €	443.212,10 €
Auftragsärzte (Laborärzte, Pathologen, Einsendepraxen)	660.731,21 €	671.248,07 €	750.327,38 €	754.048,28 €	777.562,68 €	690.624,86 €
Ermächtigte Ärzte und Institute	125.157,18 €	137.411,54 €	122.225,67 €	123.606,26 €	131.937,49 €	138.594,31 €
Mammographie	133.267,84 €	132.118,87 €	150.152,32 €	137.583,77 €	158.238,89 €	153.680,43 €
Schmerzzentren	172.183,06 €	182.511,50 €	174.422,59 €	177.364,78 €	180.135,43 €	192.395,50 €
<b>Gesamt</b>	<b>192.858,49 €</b>	<b>202.253,39 €</b>	<b>203.359,52 €</b>	<b>206.696,07 €</b>	<b>212.903,13 €</b>	<b>216.448,35 €</b>

Versorgungsbereich	GKV-Umsatz je Arzt					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hausärztlicher Versorgungsbereich	193.678,21 €	205.337,34 €	204.024,30 €	209.541,64 €	219.264,76 €	229.933,10 €
Fachärztlicher Versorgungsbereich	194.410,71 €	201.127,21 €	208.323,81 €	204.947,13 €	209.056,58 €	208.438,17 €
<b>Gesamt</b>	<b>194.121,15 €</b>	<b>202.779,61 €</b>	<b>206.644,62 €</b>	<b>206.696,07 €</b>	<b>212.903,13 €</b>	<b>216.448,35 €</b>



## ARZTGRUPPEN IM ÜBERBLICK

Dieses Kapitel enthält für jede Arztgruppe eine Übersicht der wichtigsten Kennzahlen, der Umsatzverteilung und der Vergütungsbestandteile. Für Arztgruppen mit einer geringen Anzahl an Ärzten gibt es aus Datenschutzgründen keine Übersicht oder es wird auf einzelne Elemente wie die Umsatzverteilung verzichtet. Dies betrifft zum Beispiel die Arztgruppe Humangenetik und die Arztgruppe Invasive Angiologie. Im Folgenden werden die wichtigsten Begriffe der Übersicht erläutert.

### Fallzahl

Die Fallzahlen umfassen alle Behandlungsfälle mit Ausnahme von reinen Kostenfällen, in denen ausschließlich Laborleistungen, Kosten- oder Wegeschalen abgerechnet wurden.

### Umsatzverteilung der Arztgruppe

In der Grafik zur Umsatzverteilung der Arztgruppe sind nur Ärzte berücksichtigt, die in allen Quartalen des Jahres 2017 tätig waren. Für eine bessere Vergleichbarkeit wurde der GKV-Umsatz entsprechend dem Tätigkeitsumfang auf das Vollzeitäquivalent hochgerechnet. Es erfolgt immer die Zuordnung zur nächsthöheren Umsatzklasse. Beispiel: Ein Arzt mit einem GKV-Umsatz von 168.000 Euro findet sich demnach in der Umsatzklasse bis zu 175.000 Euro wieder.

### Vergütungsgruppen

Die Vergütungsgruppen sind in die drei Vergütungsbereiche „budgetierte Leistungen“, „Vorwegleistungen“ und „extrabudgetäre Leistungen“ eingeteilt, farblich markiert und der Größe nach sortiert. Neu in diesem Jahr ist die zusätzliche Angabe des prozentualen Anteils der Vergütungsgruppe am Gesamtfallwert. In der Tabelle werden die zehn umsatzstärksten Vergütungsgruppen aufgeführt. Alle weiteren Vergütungsgruppen werden unabhängig von ihrem Vergütungsbereich unter „übrige Leistungen“ summiert. Verfügt eine Arztgruppe über weniger als zehn Vergütungsgruppen, sind nur diese dargestellt.

Die Anteile der Vergütungsgruppen am Fallwert beziehen sich auf das gesamte Jahr 2017. Leistungen, die beispielsweise erst zum 1. Juli 2017 neu eingeführt oder einer neuen Vergütungsgruppe zugeordnet wurden, sind damit in dieser Jahresbetrachtung unterrepräsentiert und werden sich erst im Folgejahr vollständig auswirken.

### Vergütungsbereiche

Das Kreisdiagramm zeigt die Anteile der drei Vergütungsbereiche „budgetierte Leistungen“, „Vorwegleistungen“ und „extrabudgetäre Leistungen“. Budgetierte Leistungen umfassen alle Leistungen, die gemäß HVM einer Mengenbegrenzung unterliegen, sowie die Leistungen aus den Honorarfonds der Auftragsärzte und der Psychotherapeuten. Unter Vorwegleistungen sind – mit Ausnahme der budgetierten Laborleistungen bei Selbstzuweisern – all diejenigen Leistungen zu verstehen, die ohne Mengenbegrenzung vergütet werden, aber dennoch Bestandteile der mGV sind. Extrabudgetäre Leistungen werden von den Krankenkassen mit einem festen Punktwert ohne Mengenbegrenzung vergütet.

### Trennung nach Tätigkeitsschwerpunkten

Die Trennung einiger Arztgruppen in konservativ tätige und ambulant operativ tätige Ärzte wird im diesjährigen Honorarbericht beibehalten. Die Ursache liegt darin, dass die gezeigten Übersichten immer Durchschnittswerte widerspiegeln, deren Aussage bei unterschiedlichen Tätigkeitsschwerpunkten innerhalb einer Arztgruppe schwierig zu interpretieren war. Bei Augenärzten bildet die Strukturpauschale (GOP 06225 EBM) das Unterscheidungsmerkmal, ob ein Augenarzt konservativ oder ambulant operativ tätig ist. Bei Chirurgen, HNO-Ärzten, Gynäkologen, Orthopäden und Urologen ist ein Mindestanteil der Leistungen des Kapitels 31 EBM und der belegärztlichen Leistungen von zehn Prozent nötig, um dem ambulant operativen Tätigkeitsspektrum zugeordnet zu werden.

## ARZTGRUPPENVERZEICHNIS

Hausärzte	Fachärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internisten .....	50
	Hausärzte mit diabetologischem Schwerpunkt .....	51
Pädiater	Fachärzte für Kinderheilkunde .....	52
Anästhesisten	Fachärzte für Anästhesiologie .....	53
Schmerzzentren	ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte .....	54
Augenärzte	Fachärzte für Augenheilkunde – konservativ tätig .....	55
	Fachärzte für Augenheilkunde – operativ tätig .....	56
Chirurgen	Fachärzte für Chirurgie und Fachärzte für Neurochirurgie – konservativ tätig .....	57
	Fachärzte für Chirurgie und Fachärzte für Neurochirurgie – operativ tätig .....	58
	Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie .....	59
Gynäkologen	Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – konservativ tätig .....	60
	Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – operativ tätig .....	61
	Fachärzte für Reproduktionsmedizin .....	62
HNO-Ärzte	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde – konservativ tätig .....	63
	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde – operativ tätig .....	64
Dermatologen	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten .....	65
Internisten	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt .....	66
	Fachärzte für Angiologie .....	67
	Fachärzte für Endokrinologie .....	68
	Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie .....	69
	Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie .....	70
	Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie .....	71
	Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie .....	72
	Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie mit invasiver Tätigkeit .....	73
	Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie .....	74
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie .....	75	
Ärztliche Psychotherapeuten	Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie und psychotherapeutisch tätige Ärzte .....	76
	übrige ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte .....	77
Psychologische Psychotherapeuten	Psychologische Psychotherapeuten .....	78
	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten .....	79



Nervenärzte, Neurologen, Psychiater	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie .....	80
	Fachärzte für Nervenheilkunde .....	81
	Fachärzte für Neurologie .....	82
	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie .....	83
	Fachärzte für Nervenheilkunde mit psychiatrischem Schwerpunkt .....	84
	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit mindestens 30 Prozent Anteil Psychotherapie .....	85
Orthopäden, Reha-Mediziner	Fachärzte für Orthopädie – konservativ tätig .....	86
	Fachärzte für Orthopädie – operativ tätig .....	87
	Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin .....	88
Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten	Fachärzte für Nuklearmedizin .....	89
	Fachärzte für diagnostische Radiologie   ohne CT und MRT .....	90
	Fachärzte für diagnostische Radiologie   mit CT und ohne MRT .....	91
	Fachärzte für diagnostische Radiologie   überwiegend MRT .....	92
	Fachärzte für diagnostische Radiologie   mit CT und MRT .....	93
Urologen	Fachärzte für Urologie – konservativ tätig .....	95
	Fachärzte für Urologie – operativ tätig .....	96
Auftragsärzte	Fachärzte für Humangenetik .....	97
	Fachärzte für Pathologie .....	98
	Fachärzte für Zytologie und Histologie .....	99
	Fachärzte für Laboratoriumsmedizin .....	100

# FACHÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND HAUSÄRZTLICH TÄTIGE INTERNISTEN

7

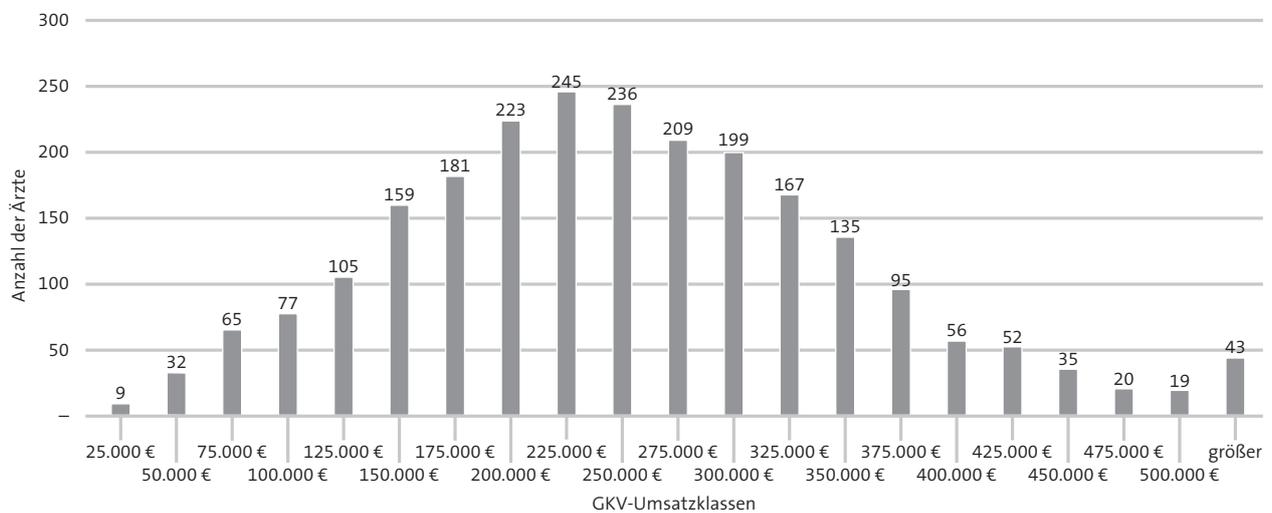
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	2.584	
Versorgungsumfang	2.433	
Honorar	582.026.528 €	145.506.632 €
Fallzahl	8.777.969	2.194.492

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	225.242 €	56.311 €
Honorar je Versorgungsumfang	239.234 €	59.809 €
Fallzahl je Arzt	3.397	849
Fallzahl je Versorgungsumfang	3.608	902

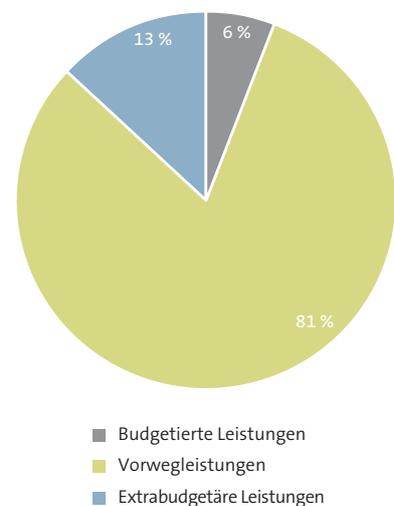
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anzeil am Fallwert
Budgetierte Leistungen	3,98 €	6,0 %
Grund- bzw. Versichertenpauschale	17,42 €	26,3 %
Vorhaltepauschale	15,22 €	23,0 %
Chronikerzuschlag	10,05 €	15,2 %
Gesprächsleistung	4,32 €	6,5 %
Haus- und Heimbefuche	3,16 €	4,8 %
Geriatric, Palliativversorgung, Sozialpädiatrie	2,30 €	3,5 %
Wirtschaftlichkeitsbonus	0,96 €	1,4 %
Prävention	1,98 €	3,0 %
DMP-Dokumentationen	1,30 €	2,0 %
Übrige Leistungen	5,62 €	8,5 %
<b>Gesamt</b>	<b>66,31 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# HAUSÄRZTE MIT DIABETOLOGISCHEM SCHWERPUNKT

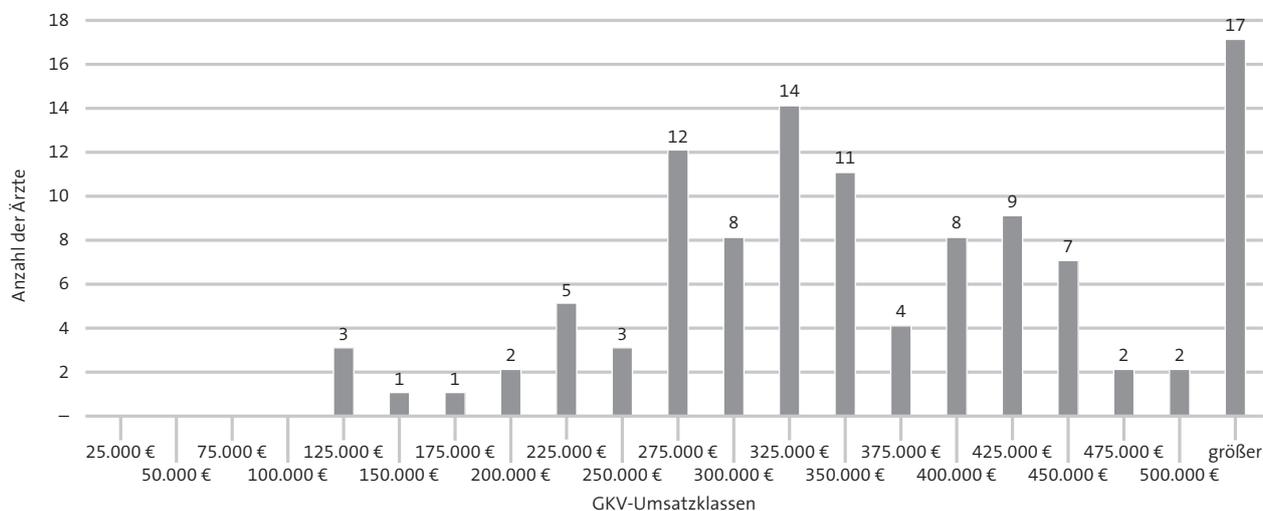
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	115	
Versorgungsumfang	110	
Honorar	41.751.188 €	10.437.797 €
Fallzahl	458.324	114.581

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	363.054 €	90.763 €
Honorar je Versorgungsumfang	377.976 €	94.494 €
Fallzahl je Arzt	3.985	996
Fallzahl je Versorgungsumfang	4.149	1.037

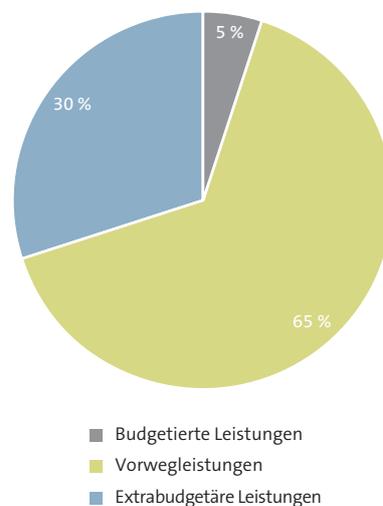
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
Budgetierte Leistungen	4,66 €	5,1 %
Grund- bzw. Versichertenpauschale	19,03 €	20,9 %
Vorhaltepauschale	15,49 €	17,0 %
Chronikerzuschlag	12,72 €	14,0 %
Gesprächsleistung	4,92 €	5,4 %
Geriatric, Palliativversorgung, Sozialpädiatrie	2,55 €	2,8 %
Haus- und Heimbesuche	1,87 €	2,1 %
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	14,78 €	16,2 %
DMP-Dokumentationen	6,33 €	6,9 %
Prävention	1,49 €	1,6 %
Übrige Leistungen	7,27 €	8,0 %
<b>Gesamt</b>	<b>91,11 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR KINDERHEILKUNDE

7

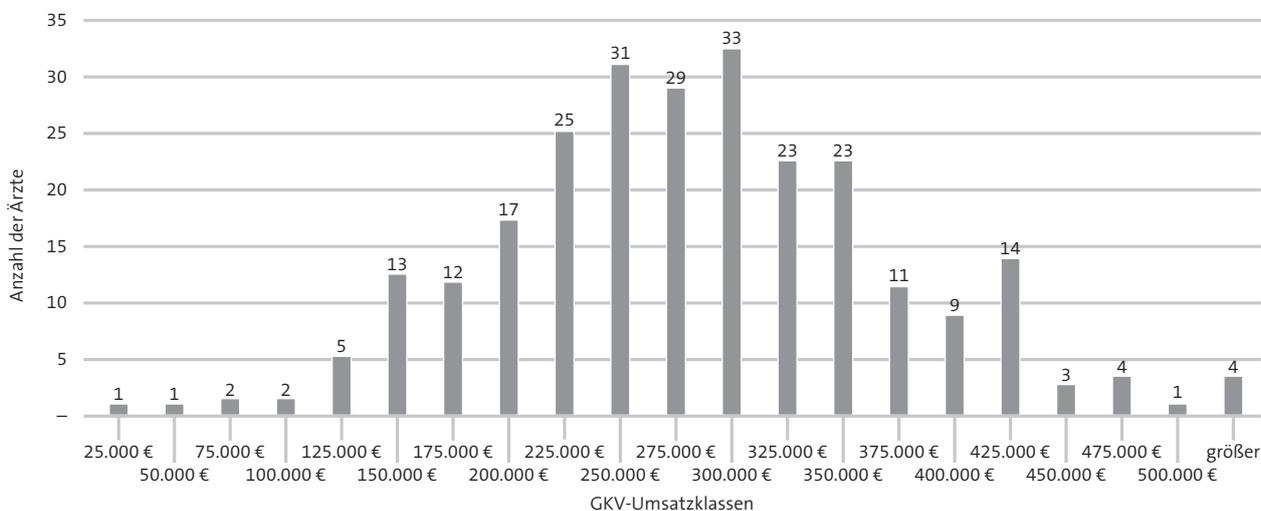
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	328	
Versorgungsumfang	270	
Honorar	73.478.511 €	18.369.628 €
Fallzahl	1.101.784	275.446

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	224.020 €	56.005 €
Honorar je Versorgungsumfang	271.695 €	67.924 €
Fallzahl je Arzt	3.359	840
Fallzahl je Versorgungsumfang	4.074	1.018

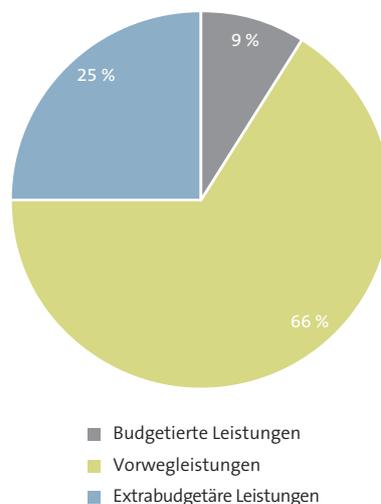
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	6,00 €	9,0 %
■ Grund- bzw. Versichertenpauschale	21,06 €	31,6 %
■ Vorhaltepauschale	14,54 €	21,8 %
■ Chronikerzuschlag	3,23 €	4,8 %
■ Gesprächsleistung	2,98 €	4,5 %
■ Geriatrie, Palliativversorgung, Sozialpädiatrie	1,06 €	1,6 %
■ Ärztlicher Bereitschaftsdienst	0,55 €	0,8 %
■ Prävention	8,58 €	12,9 %
■ Schutzimpfungen	4,96 €	7,4 %
■ Vorsorgeuntersuchung U7a	1,04 €	1,6 %
Übrige Leistungen	2,70 €	4,0 %
<b>Gesamt</b>	<b>66,70 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR ANÄSTHESIOLOGIE

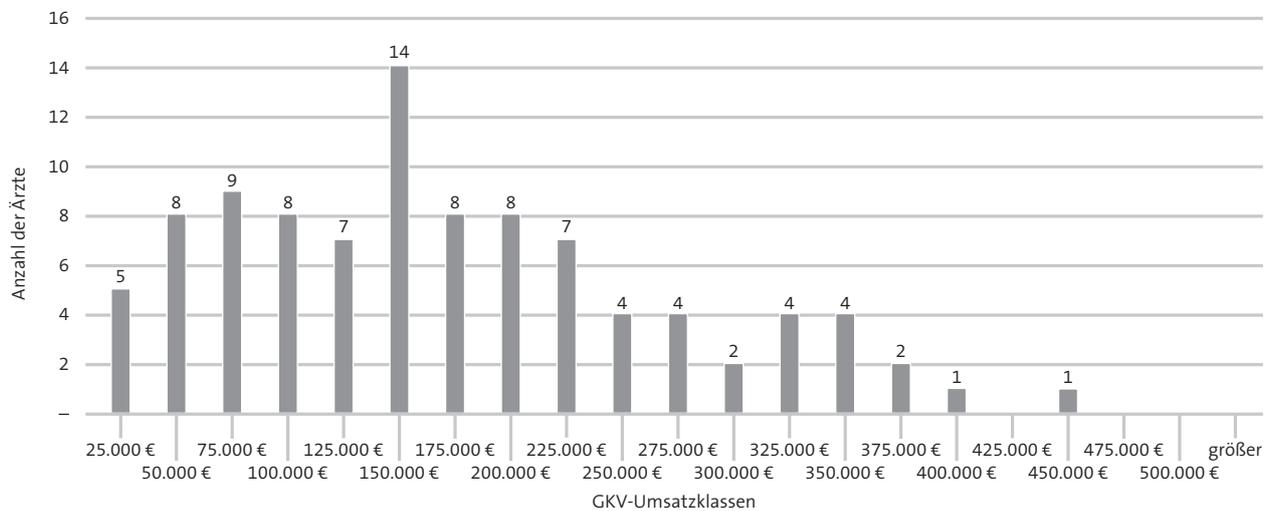
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	141	
Versorgungsumfang	101	
Honorar	16.191.610 €	4.047.903 €
Fallzahl	91.187	22.797

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	114.834 €	28.709 €
Honorar je Versorgungsumfang	161.050 €	40.263 €
Fallzahl je Arzt	647	162
Fallzahl je Versorgungsumfang	907	227

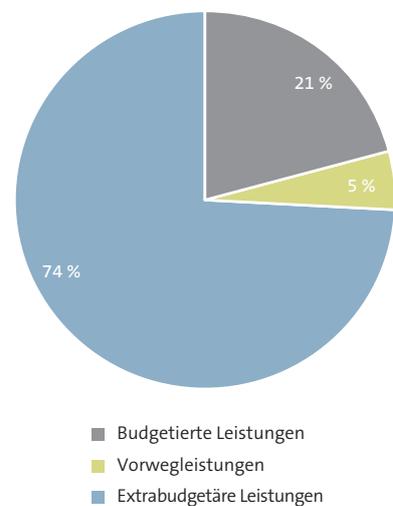
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
Budgetierte Leistungen	37,51 €	21,1 %
Präanästhesiologische Untersuchung	8,02 €	4,5 %
PFG	0,84 €	0,5 %
Wirtschaftlichkeitsbonus	0,49 €	0,3 %
Ambulantes Operieren	122,23 €	68,8 %
Investitionspauschale II	2,88 €	1,6 %
Extrabudgetäre belegärztliche Leistungen	1,71 €	1,0 %
Narkosen mit Kennzeichnung "Z"	1,42 €	0,8 %
Künstliche Befruchtung	0,82 €	0,5 %
Investitionspauschale I	0,80 €	0,5 %
Übrige Leistungen	0,86 €	0,5 %
<b>Gesamt</b>	<b>177,58 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# AUSSCHLIESSLICH SCHMERZTHERAPEUTISCH TÄTIGE ÄRZTE

7

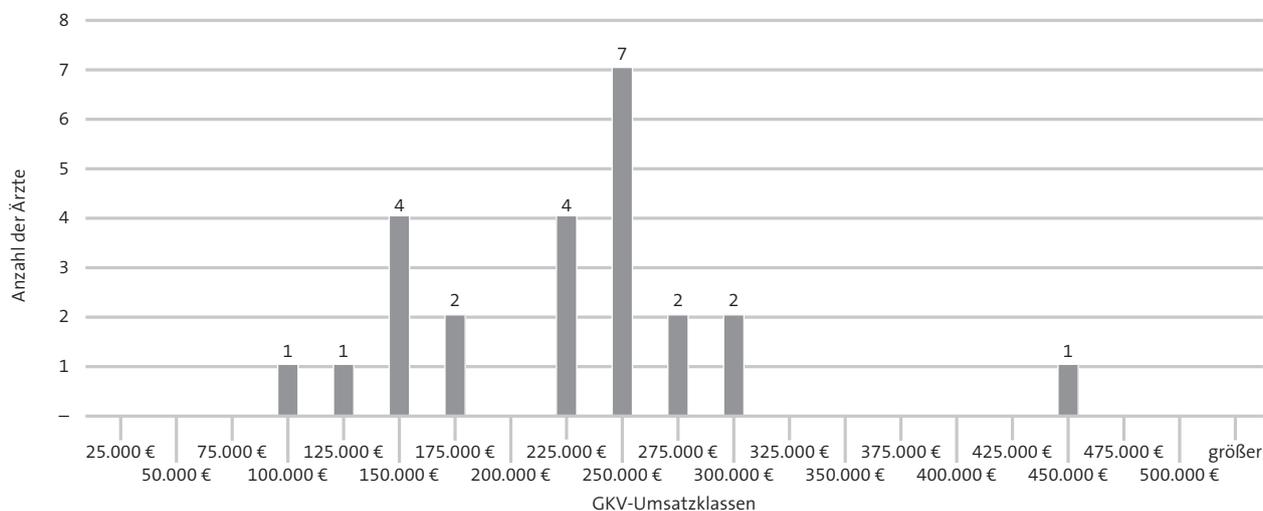
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	26	
Versorgungsumfang	23	
Honorar	4.954.167 €	1.238.542 €
Fallzahl	36.252	9.063

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	190.545 €	47.636 €
Honorar je Versorgungsumfang	215.399 €	53.850 €
Fallzahl je Arzt	1.394	349
Fallzahl je Versorgungsumfang	1.576	394

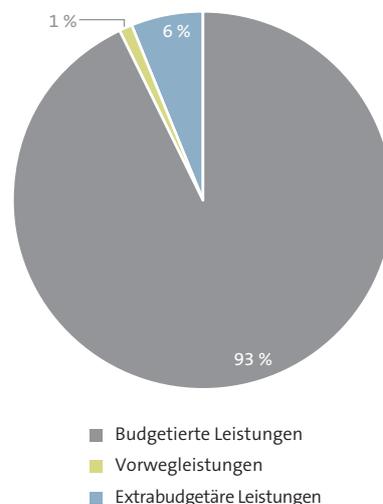
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	127,38 €	93,2 %
■ Wirtschaftlichkeitsbonus	0,36 €	0,3 %
■ Haus- und Heimbesuche	0,34 €	0,2 %
■ Ambulantes Operieren	2,57 €	1,9 %
■ Antragspflichtige Psychotherapie	1,57 €	1,1 %
■ Zusatzvertrag AOK/TK – Multimorbidität	1,16 €	0,8 %
■ Zuschlag Medikationsplan	0,98 €	0,7 %
■ Substitutionsbehandlung	0,43 €	0,3 %
■ Depressive Erkrankung – BKK	0,33 €	0,2 %
■ Psychotherapeutische Sprechstunde	0,28 €	0,2 %
Übrige Leistungen	1,25 €	0,9 %
<b>Gesamt</b>	<b>136,65 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR AUGENHEILKUNDE – KONSERVATIV TÄTIG

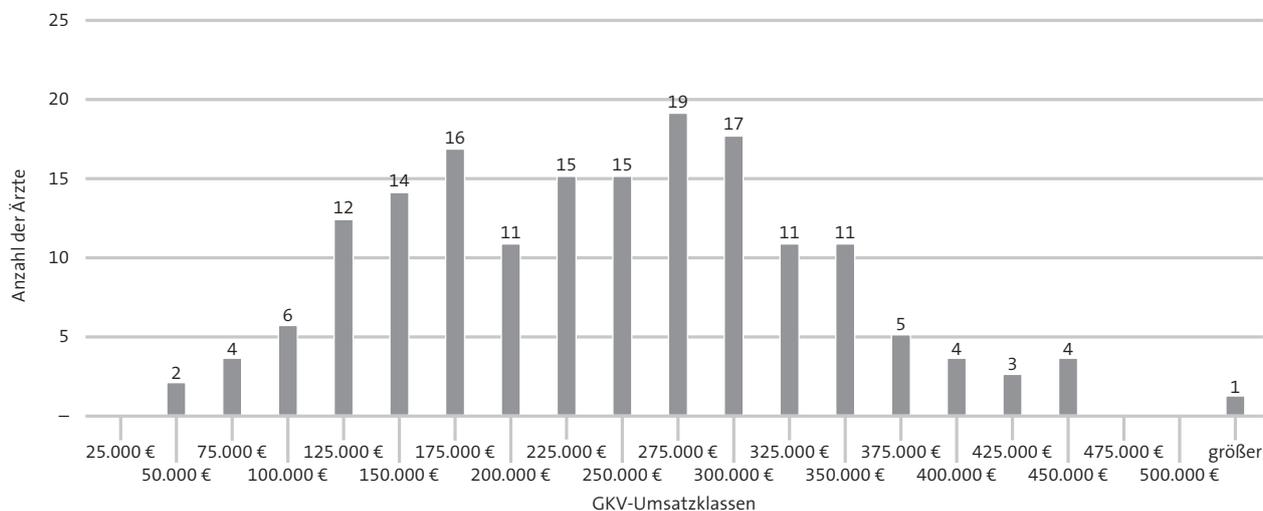
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	197	
Versorgungsumfang	179	
Honorar	41.340.553 €	10.335.138 €
Fallzahl	1.075.030	268.758

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	209.851 €	52.463 €
Honorar je Versorgungsumfang	231.470 €	57.868 €
Fallzahl je Arzt	5.457	1.364
Fallzahl je Versorgungsumfang	6.019	1.505

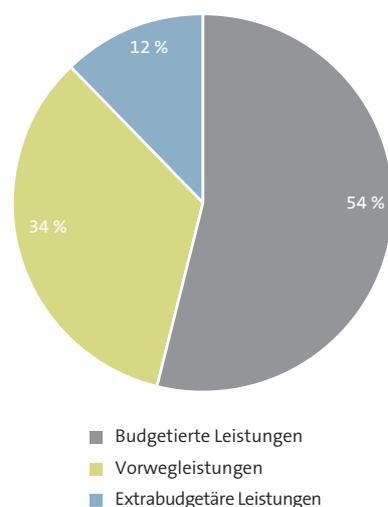
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	20,75 €	54,0 %
■ Strukturpauschale Augenärzte	10,05 €	26,1 %
■ PFG	2,97 €	7,7 %
■ Kosten und Wegegelder	0,06 €	0,2 %
■ Ambulantes Operieren	3,26 €	8,5 %
■ Zuschlag zur PFG	0,60 €	1,6 %
■ Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	0,24 €	0,6 %
■ Zuschlag Medikationsplan	0,21 €	0,5 %
■ Investitionspauschale I	0,07 €	0,2 %
■ Investitionspauschale II	0,06 €	0,2 %
Übrige Leistungen	0,18 €	0,5 %
<b>Gesamt</b>	<b>38,45 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR AUGENHEILKUNDE – OPERATIV TÄTIG

7

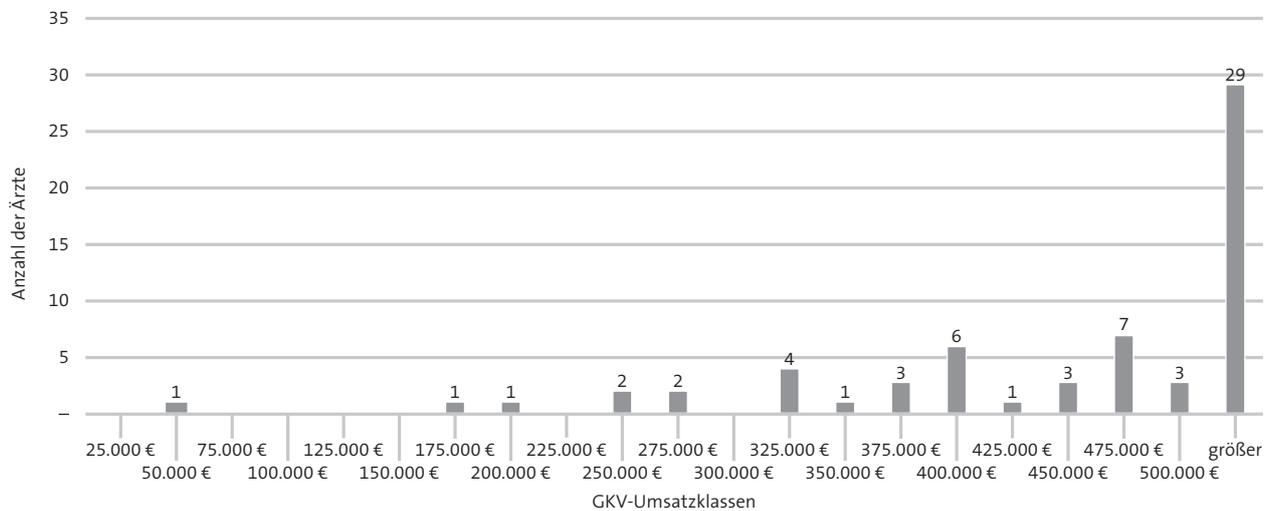
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	84	
Versorgungsumfang	68	
Honorar	39.881.013 €	9.970.253 €
Fallzahl	343.163	85.791

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	474.774 €	118.693 €
Honorar je Versorgungsumfang	585.173 €	146.293 €
Fallzahl je Arzt	4.085	1.021
Fallzahl je Versorgungsumfang	5.035	1.259

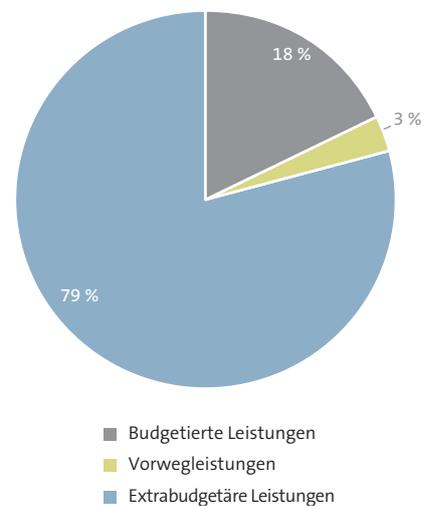
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anzeil am Fallwert
Budgetierte Leistungen	21,22 €	18,3 %
PFG	2,62 €	2,3 %
Strukturpauschale Augenärzte	0,74 €	0,6 %
Belegärztliche Leistungen	0,26 €	0,2 %
Ambulantes Operieren	66,73 €	57,4 %
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	21,75 €	18,7 %
Extrabudgetäre belegärztliche Leistungen	1,07 €	0,9 %
Investitionspauschale I	0,62 €	0,5 %
Zuschlag zur PFG	0,53 €	0,5 %
Zuschlag Medikationsplan	0,20 €	0,2 %
Übrige Leistungen	0,48 €	0,4 %
<b>Gesamt</b>	<b>116,22 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR CHIRURGIE UND FACHÄRZTE FÜR NEUROCHIRURGIE – KONSERVATIV TÄTIG

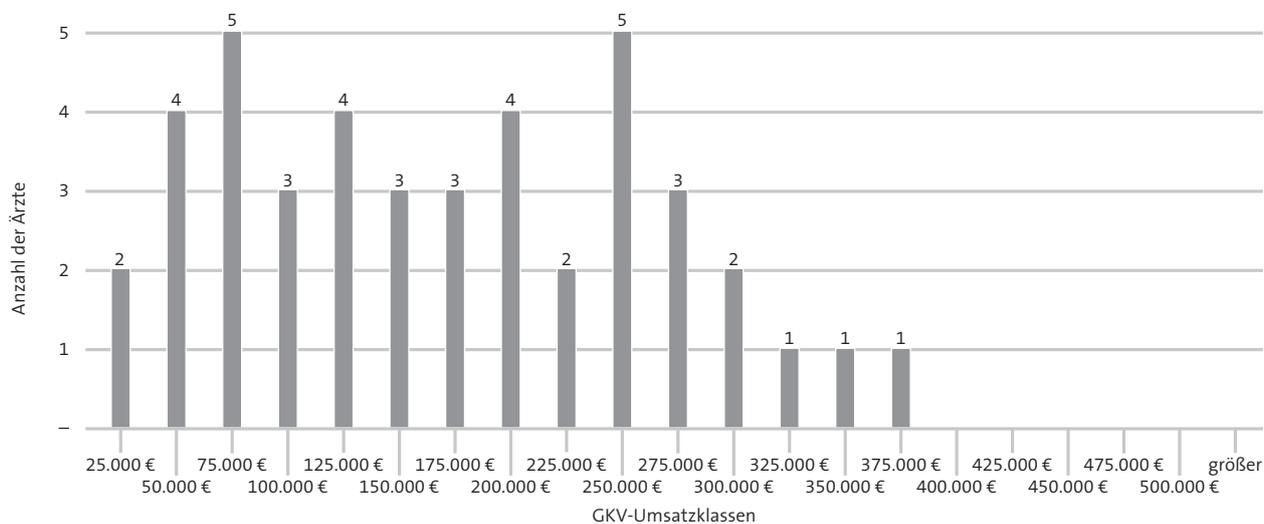
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	82	
Versorgungsumfang	45	
Honorar	7.039.850 €	1.759.963 €
Fallzahl	127.963	31.991

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	85.852 €	21.463 €
Honorar je Versorgungsumfang	157.924 €	39.481 €
Fallzahl je Arzt	1.561	390
Fallzahl je Versorgungsumfang	2.871	718

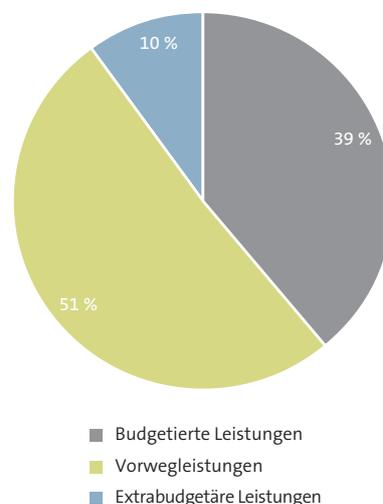
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	21,65 €	39,3 %
■ Grund- bzw. Versichertenpauschale	23,11 €	42,0 %
■ PFG	3,62 €	6,6 %
■ Kosten und Wegegelder	0,37 €	0,7 %
■ Labor – Kapitel 32.2	0,31 €	0,6 %
■ Substitutionsbehandlung	1,82 €	3,3 %
■ CT-gesteuerte Intervention	1,38 €	2,5 %
■ Ambulantes Operieren	1,08 €	2,0 %
■ Zuschlag zur PFG	0,70 €	1,3 %
■ Zuschlag Medikationsplan	0,35 €	0,6 %
Übrige Leistungen	0,63 €	1,1 %
<b>Gesamt</b>	<b>55,02 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR CHIRURGIE UND FACHÄRZTE FÜR NEUROCHIRURGIE – OPERATIV TÄTIG

7

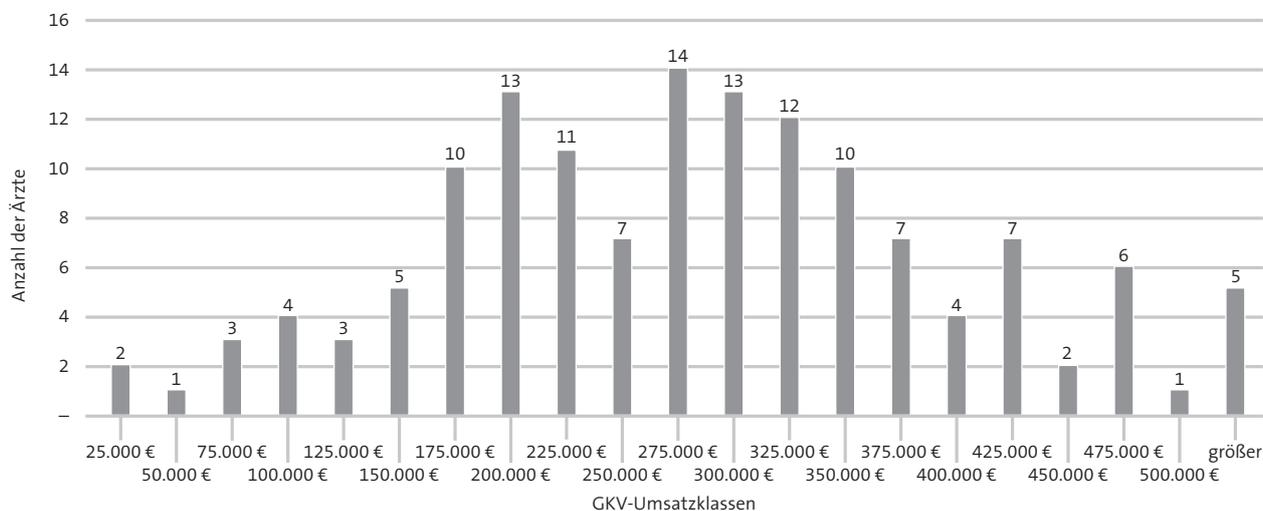
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	185	
Versorgungsumfang	144	
Honorar	39.147.908 €	9.786.977 €
Fallzahl	530.068	132.517

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	211.610 €	52.903 €
Honorar je Versorgungsumfang	271.079 €	67.770 €
Fallzahl je Arzt	2.865	716
Fallzahl je Versorgungsumfang	3.670	918

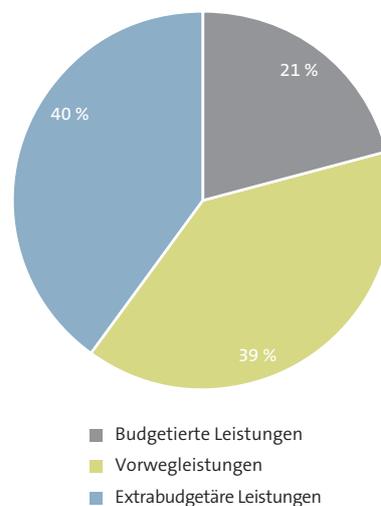
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
Budgetierte Leistungen	15,47 €	20,9 %
Grund- bzw. Versichertenpauschale	23,28 €	31,5 %
PFG	3,67 €	5,0 %
Kosten und Wegegelder	1,03 €	1,4 %
Wirtschaftlichkeitsbonus	0,36 €	0,5 %
Ambulantes Operieren	25,04 €	33,9 %
Investitionspauschale II	1,98 €	2,7 %
Extrabudgetäre belegärztliche Leistungen	0,86 €	1,2 %
Zuschlag zur PFG	0,73 €	1,0 %
Investitionspauschale I	0,41 €	0,6 %
Übrige Leistungen	1,02 €	1,4 %
<b>Gesamt</b>	<b>73,85 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGIE

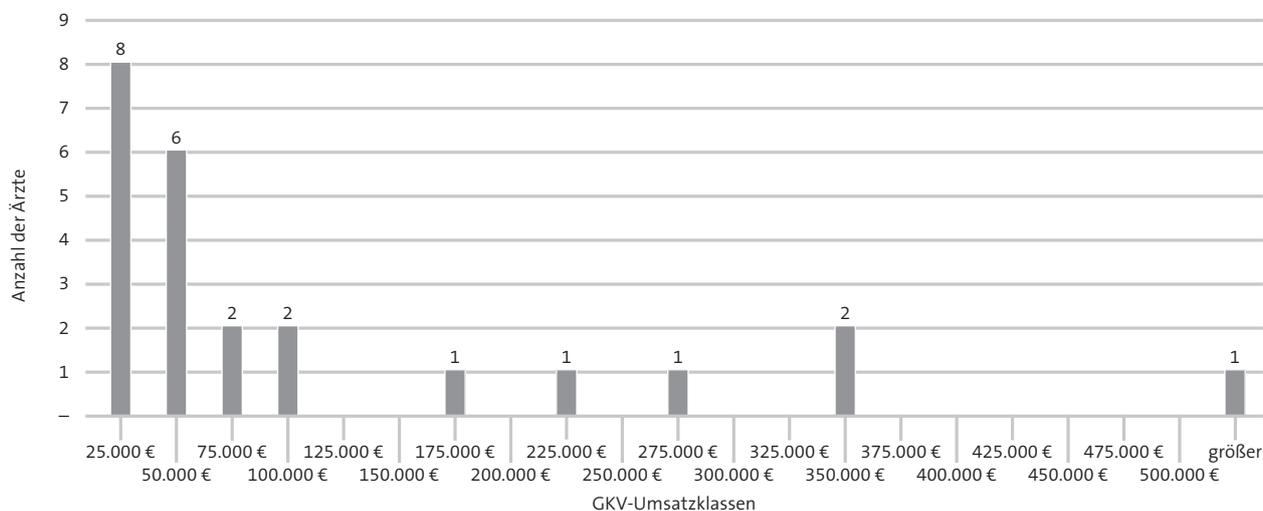
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	28	
Versorgungsumfang	26	
Honorar	2.505.279 €	626.320 €
Fallzahl	13.403	3.351

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	89.474 €	22.369 €
Honorar je Versorgungsumfang	97.882 €	24.470 €
Fallzahl je Arzt	479	120
Fallzahl je Versorgungsumfang	524	131

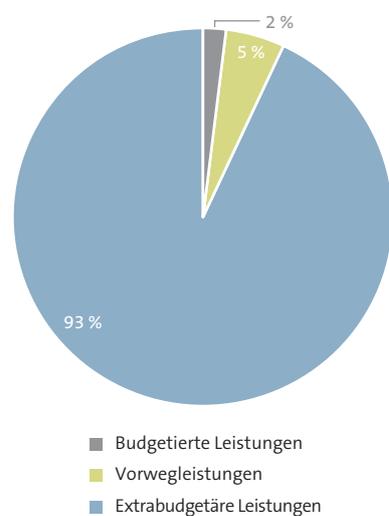
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	3,78 €	2,0 %
■ Grund- bzw. Versichertenpauschale	8,54 €	4,6 %
■ Belegärztliche Leistungen	0,67 €	0,4 %
■ Kosten und Wegegelder	0,28 €	0,1 %
■ Haus- und Heimbesuche	0,00 €	0,0 %
■ Ambulantes Operieren	157,16 €	84,1 %
■ Investitionspauschale II	9,75 €	5,2 %
■ Extrabudgetäre belegärztliche Leistungen	5,41 €	2,9 %
■ Investitionspauschale I	1,28 €	0,7 %
■ Kosten/Pauschalen außerhalb MGK – stationär	0,05 €	0,0 %
Übrige Leistungen	0,00 €	0,0 %
<b>Gesamt</b>	<b>186,92 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE – KONSERVATIV TÄTIG

7

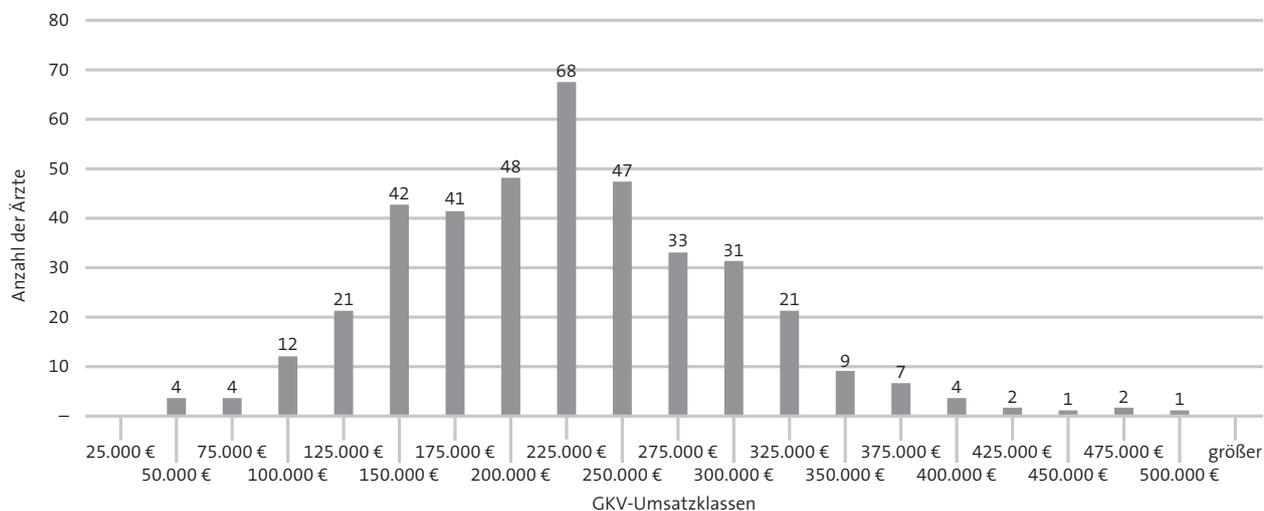
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	482	
Versorgungsumfang	406	
Honorar	85.517.399 €	21.379.350 €
Fallzahl	1.562.959	390.740

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	177.422 €	44.355 €
Honorar je Versorgungsumfang	210.462 €	52.615 €
Fallzahl je Arzt	3.243	811
Fallzahl je Versorgungsumfang	3.847	962

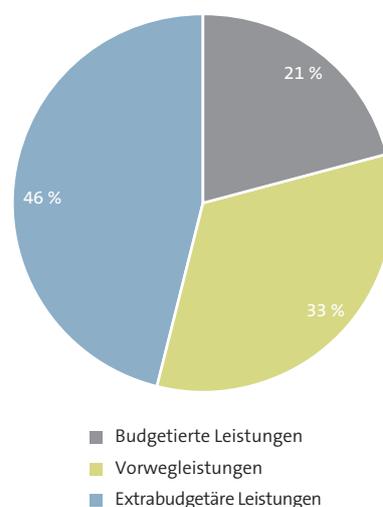
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
Budgetierte Leistungen	11,45 €	20,9 %
Grund- bzw. Versichertenpauschale	13,58 €	24,8 %
PFG	3,27 €	6,0 %
Wirtschaftlichkeitsbonus	0,91 €	1,7 %
Labor – Kapitel 32.2	0,43 €	0,8 %
Mutterschaftsvorsorge	15,19 €	27,8 %
Prävention	8,03 €	14,7 %
Zuschlag zur PFG	0,58 €	1,1 %
Ambulantes Operieren	0,26 €	0,5 %
Zuschlag Medikationsplan	0,20 €	0,4 %
Übrige Leistungen	0,81 €	1,5 %
<b>Gesamt</b>	<b>54,71 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE – OPERATIV TÄTIG

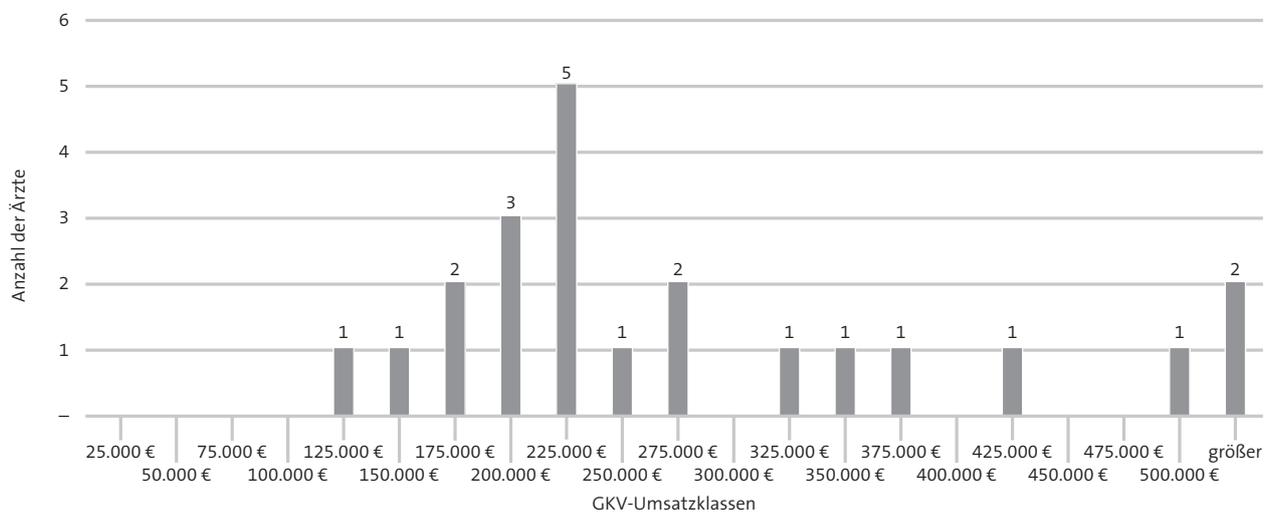
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	24	
Versorgungsumfang	20	
Honorar	5.603.855 €	1.400.964 €
Fallzahl	75.574	18.894

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	233.494 €	58.373 €
Honorar je Versorgungsumfang	273.425 €	68.356 €
Fallzahl je Arzt	3.149	787
Fallzahl je Versorgungsumfang	3.687	922

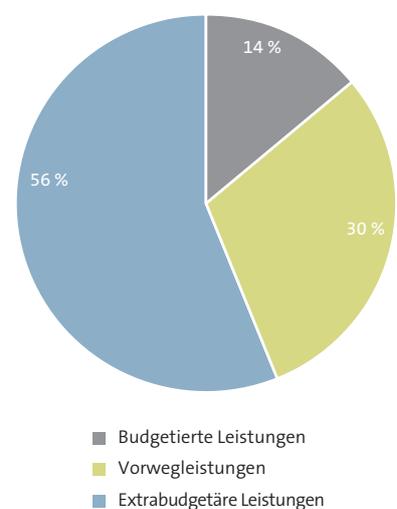
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	10,73 €	14,5 %
■ Grund- bzw. Versichertenpauschale	12,48 €	16,8 %
■ Belegärztliche Leistungen	5,51 €	7,4 %
■ PFG	2,89 €	3,9 %
■ Wirtschaftlichkeitsbonus	0,76 €	1,0 %
■ Mutterschaftsvorsorge	15,40 €	20,8 %
■ Extrabudgetäre belegärztliche Leistungen	9,93 €	13,4 %
■ Ambulantes Operieren	7,20 €	9,7 %
■ Prävention	7,08 €	9,5 %
■ Zuschlag zur PFG	0,51 €	0,7 %
Übrige Leistungen	1,66 €	2,2 %
<b>Gesamt</b>	<b>74,15 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	15	
Versorgungsumfang	9	
Honorar	2.262.833 €	565.708 €
Fallzahl	18.565	4.641

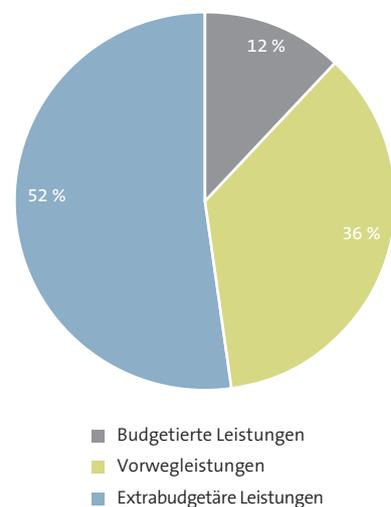
## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	150.856 €	37.714 €
Honorar je Versorgungsumfang	258.609 €	64.652 €
Fallzahl je Arzt	1.238	309
Fallzahl je Versorgungsumfang	2.122	530

## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	14,09 €	11,6 %
■ Labor – Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	25,31 €	20,8 %
■ Grund- bzw. Versichertenpauschale	13,91 €	11,4 %
■ Labor – Kapitel 32.3 – Auftragsleistungen	2,23 €	1,8 %
■ PFG	1,30 €	1,1 %
■ Labor – Kapitel 32.2	0,70 €	0,6 %
■ Künstliche Befruchtung	60,58 €	49,7 %
■ Mutterschaftsvorsorge	1,30 €	1,1 %
■ Laborleistungen – künstliche Befruchtung	0,99 €	0,8 %
■ VZA Antikörper	0,40 €	0,3 %
Übrige Leistungen	1,08 €	0,9 %
<b>Gesamt</b>	<b>121,89 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR HALS-NASEN-OHRENHEILKUNDE – KONSERVATIV TÄTIG

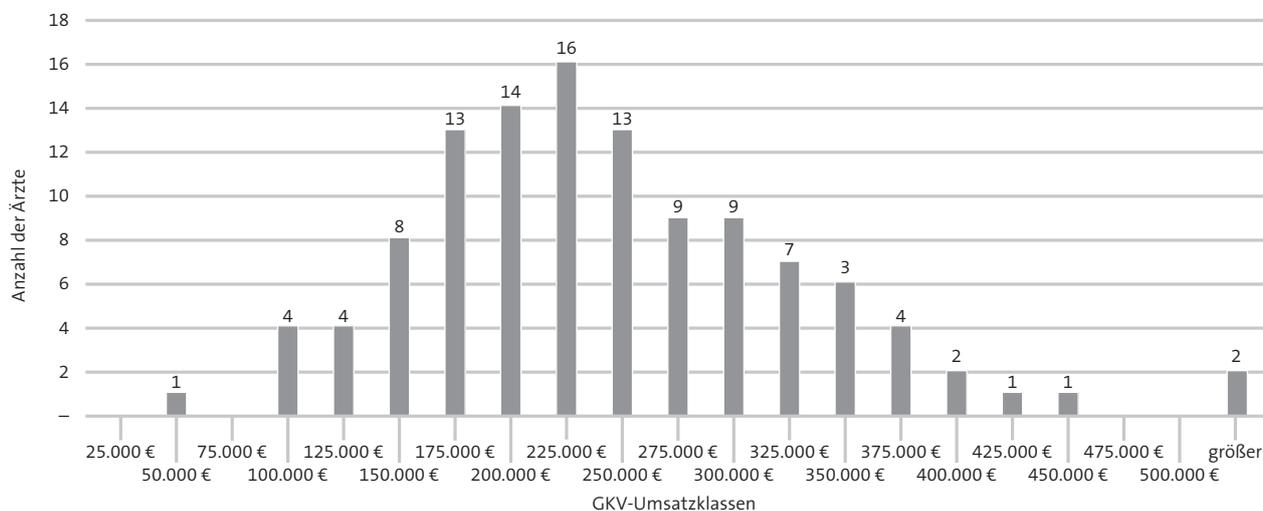
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	135	
Versorgungsumfang	120	
Honorar	27.747.041 €	6.936.760 €
Fallzahl	654.561	163.640

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	205.534 €	51.383 €
Honorar je Versorgungsumfang	231.283 €	57.821 €
Fallzahl je Arzt	4.849	1.212
Fallzahl je Versorgungsumfang	5.456	1.364

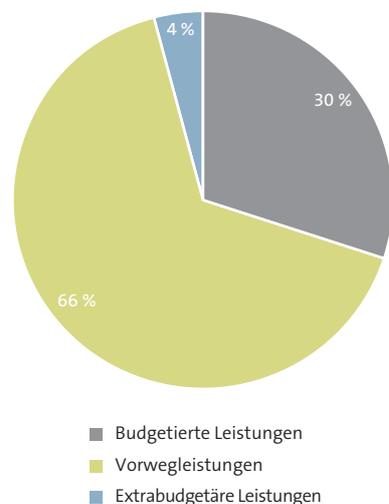
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
Budgetierte Leistungen	12,61 €	29,7 %
Grund- bzw. Versichertenpauschale	19,71 €	46,5 %
Zusatzpauschalen HNO-Ärzte, Phoniater	4,24 €	10,0 %
PFG	3,80 €	9,0 %
Wirtschaftlichkeitsbonus	0,12 €	0,3 %
Haus- und Heimbesuche	0,10 €	0,2 %
Zuschlag zur PFG	0,70 €	1,7 %
Ambulantes Operieren	0,45 €	1,1 %
Zuschlag Medikationsplan	0,21 €	0,5 %
Extrabudgetäre belegärztliche Leistungen	0,16 €	0,4 %
Übrige Leistungen	0,29 €	0,7 %
<b>Gesamt</b>	<b>42,39 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR HALS-NASEN-OHRENHEILKUNDE – OPERATIV TÄTIG

7

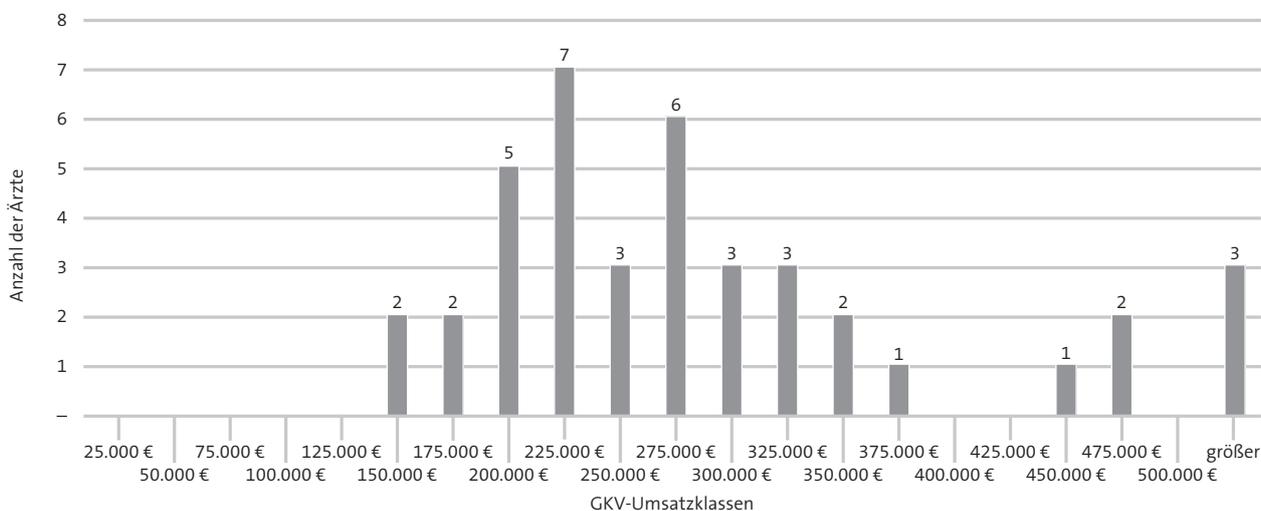
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	45	
Versorgungsumfang	41	
Honorar	11.784.901 €	2.946.225 €
Fallzahl	210.280	52.570

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	261.887 €	65.472 €
Honorar je Versorgungsumfang	285.695 €	71.424 €
Fallzahl je Arzt	4.673	1.168
Fallzahl je Versorgungsumfang	5.098	1.274

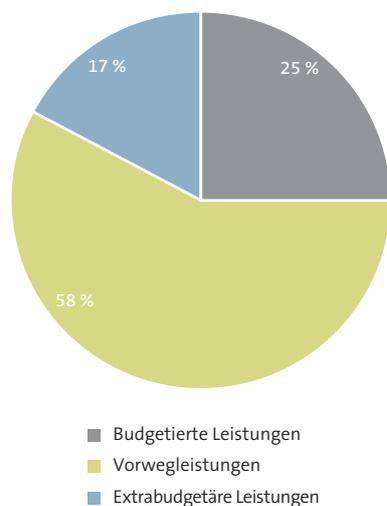
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
Budgetierte Leistungen	14,07 €	25,1 %
Grund- bzw. Versichertenpauschale	19,83 €	35,4 %
Belegärztliche Leistungen	4,74 €	8,5 %
Zusatzpauschalen HNO-Ärzte, Phoniater	3,86 €	6,9 %
PFG	3,55 €	6,3 %
Wirtschaftlichkeitsbonus	0,12 €	0,2 %
Ambulantes Operieren	4,69 €	8,4 %
Extrabudgetäre belegärztliche Leistungen	3,68 €	6,6 %
Zuschlag zur PFG	0,65 €	1,2 %
Zuschlag Medikationsplan	0,20 €	0,4 %
Übrige Leistungen	0,63 €	1,1 %
<b>Gesamt</b>	<b>56,02 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN

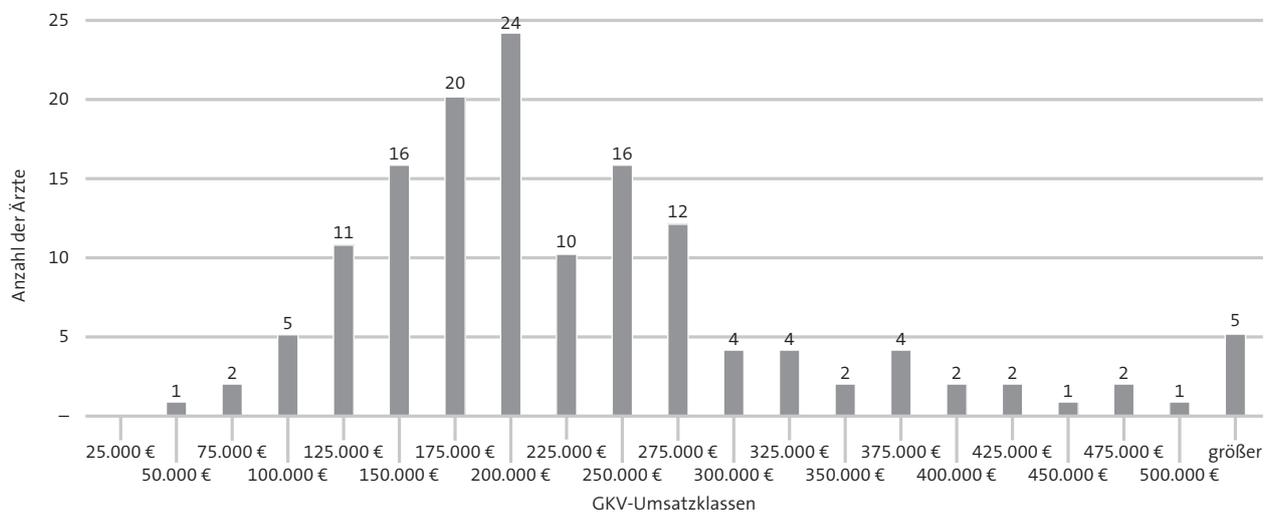
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	180	
Versorgungsumfang	147	
Honorar	31.799.973 €	7.949.993 €
Fallzahl	881.663	220.416

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	176.667 €	44.167 €
Honorar je Versorgungsumfang	216.345 €	54.086 €
Fallzahl je Arzt	4.898	1.225
Fallzahl je Versorgungsumfang	5.998	1.500

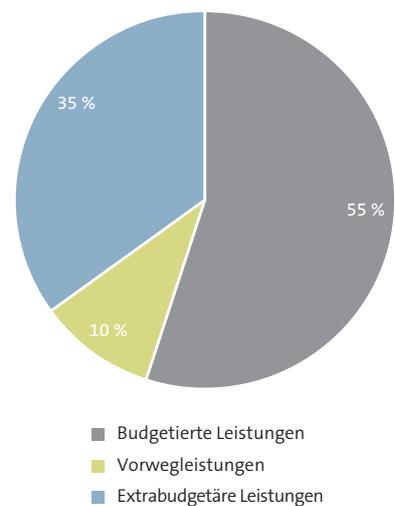
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	19,68 €	54,6 %
■ PFG	2,24 €	6,2 %
■ Labor – Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	1,11 €	3,1 %
■ Ambulantes Operieren	6,17 €	17,1 %
■ Hautkrebsscreening	3,61 €	10,0 %
■ Balneophototherapie	0,92 €	2,6 %
■ Investitionspauschale II	0,56 €	1,6 %
■ Zuschlag zur PFG	0,44 €	1,2 %
■ Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	0,26 €	0,7 %
■ Präventive Koloskopie	0,22 €	0,6 %
Übrige Leistungen	0,85 €	2,4 %
<b>Gesamt</b>	<b>36,06 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN OHNE SCHWERPUNKT

7

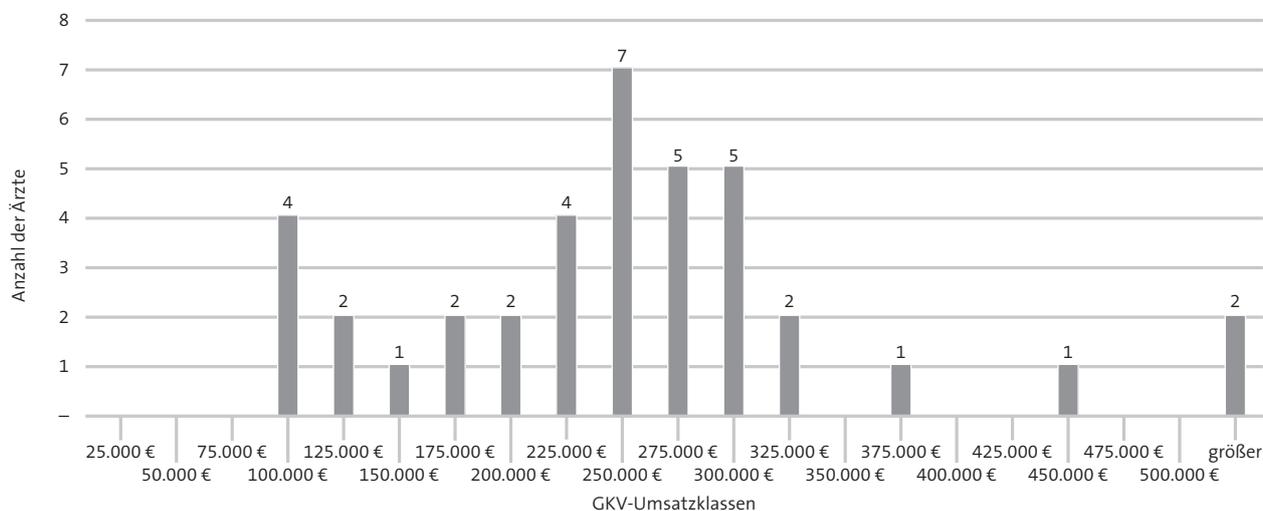
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	48	
Versorgungsumfang	39	
Honorar	10.220.071 €	2.555.018 €
Fallzahl	119.108	29.777

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	212.918 €	53.230 €
Honorar je Versorgungsumfang	259.706 €	64.926 €
Fallzahl je Arzt	2.481	620
Fallzahl je Versorgungsumfang	3.027	757

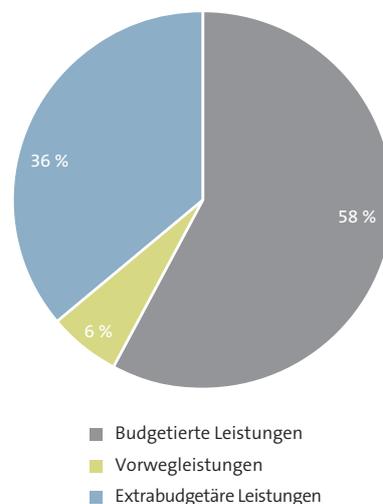
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
Budgetierte Leistungen	50,05 €	58,3 %
PFG	2,52 €	2,9 %
Wirtschaftlichkeitsbonus	0,89 €	1,0 %
Haus- und Heimbesuche	0,67 €	0,8 %
Ambulantes Operieren	17,95 €	20,9 %
Präventive Koloskopie	5,95 €	6,9 %
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	2,80 €	3,3 %
Prävention	1,18 €	1,4 %
Zuschlag Medikationsplan	1,01 €	1,2 %
DMP-Dokumentationen	0,68 €	0,8 %
Übrige Leistungen	2,11 €	2,5 %
<b>Gesamt</b>	<b>85,81 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	11	
Versorgungsumfang	10	
Honorar	2.938.200 €	734.550 €
Fallzahl	38.158	9.540

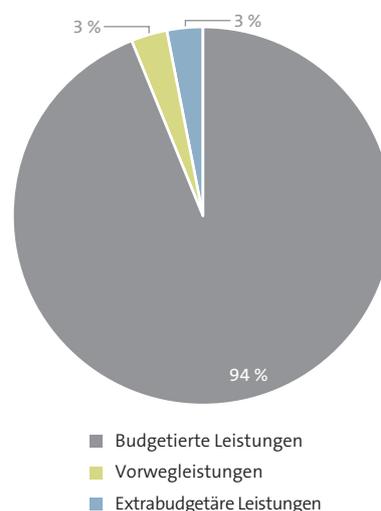
## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	267.109 €	66.777 €
Honorar je Versorgungsumfang	292.868 €	73.217 €
Fallzahl je Arzt	3.469	867
Fallzahl je Versorgungsumfang	3.803	951

## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	72,54 €	94,2 %
■ Wirtschaftlichkeitsbonus	0,86 €	1,1 %
■ Kosten und Wegegelder	0,49 €	0,6 %
■ PFG	0,45 €	0,6 %
■ Ambulantes Operieren	1,00 €	1,3 %
■ Präventive Koloskopie	0,48 €	0,6 %
■ Zusatzvertrag AOK/TK – Multimorbidität	0,33 €	0,4 %
■ Prävention	0,29 €	0,4 %
■ Zuschlag Medikationsplan	0,21 €	0,3 %
■ Zuschlag zur PFG	0,09 €	0,1 %
Übrige Leistungen	0,25 €	0,3 %
<b>Gesamt</b>	<b>76,99 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	11	
Versorgungsumfang	9	
Honorar	5.281.739 €	1.320.435 €
Fallzahl	40.560	10.140

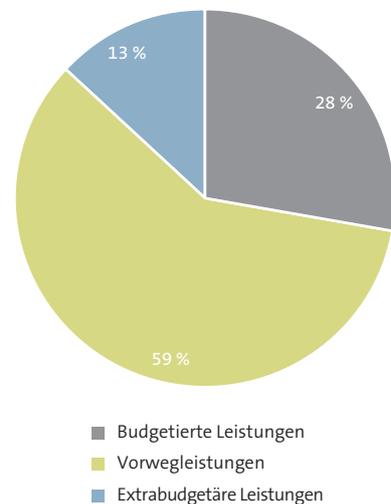
## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	480.158 €	120.040 €
Honorar je Versorgungsumfang	621.381 €	155.345 €
Fallzahl je Arzt	3.687	922
Fallzahl je Versorgungsumfang	4.772	1.193

## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	36,76 €	28,2 %
■ Labor – Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	72,48 €	55,7 %
■ Labor – Kapitel 32.2	2,28 €	1,8 %
■ Labor – Kapitel 32.2 – unquotiert	1,21 €	0,9 %
■ Kosten und Wegegelder	0,45 €	0,3 %
■ Labor – Kapitel 32.3 – Auftragsleistungen	0,23 €	0,2 %
■ Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	12,28 €	9,4 %
■ DMP-Dokumentationen	2,21 €	1,7 %
■ Osteodensitometrie II	0,70 €	0,5 %
■ Zuschlag Medikationsplan	0,31 €	0,2 %
Übrige Leistungen	1,32 €	1,0 %
<b>Gesamt</b>	<b>130,23 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN MIT SCHWERPUNKT NEPHROLOGIE

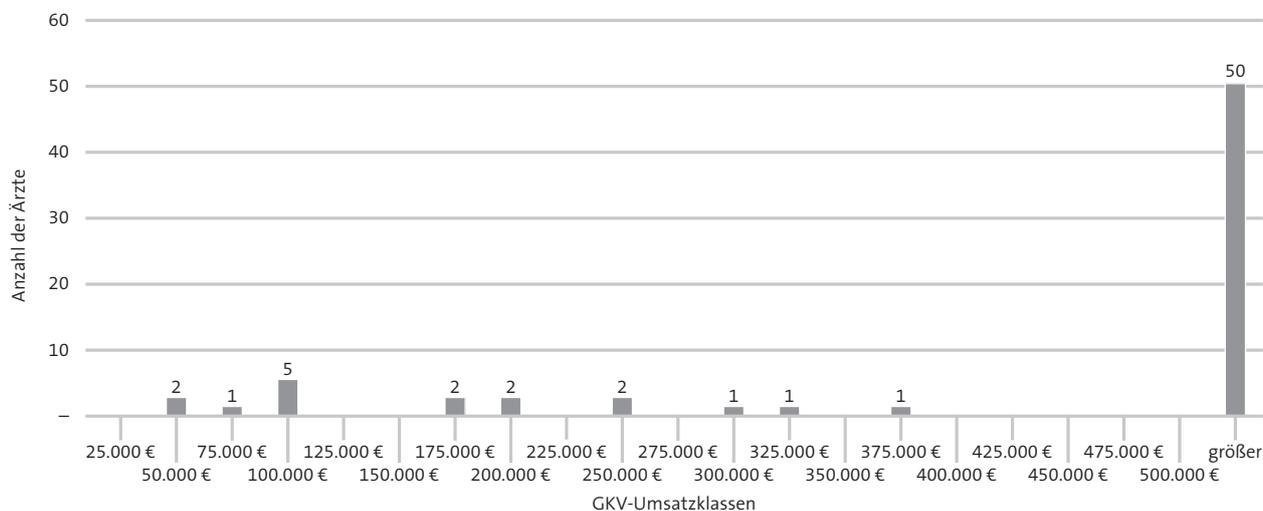
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	105	
Versorgungsumfang	70	
Honorar	75.472.234 €	18.868.059 €
Fallzahl	105.782	26.446

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	718.783 €	179.696 €
Honorar je Versorgungsumfang	1.070.566 €	267.642 €
Fallzahl je Arzt	1.007	252
Fallzahl je Versorgungsumfang	1.501	375

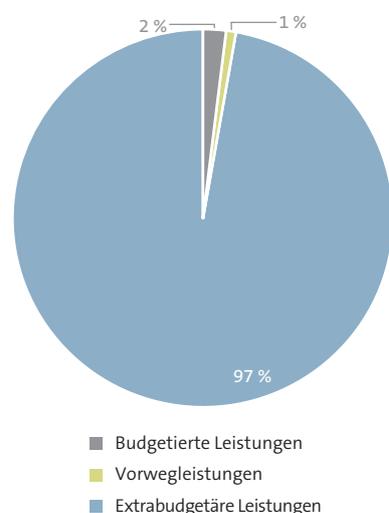
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
Budgetierte Leistungen	15,80 €	2,2 %
Labor – Kapitel 32.2 – unquotiert	2,58 €	0,4 %
Labor – Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	1,21 €	0,2 %
Labor – Kapitel 32.2	0,80 €	0,1 %
Dialysepauschalen	489,38 €	68,6 %
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	105,88 €	14,8 %
Nephrologie – EBM Kapitel 4.5.4 und 13.3.6	88,94 €	12,5 %
Ambulantes Operieren	3,19 €	0,4 %
DMP-Dokumentationen	0,99 €	0,1 %
Zuschlag Medikationsplan	0,92 €	0,1 %
Übrige Leistungen	3,78 €	0,5 %
<b>Gesamt</b>	<b>713,47 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN MIT SCHWERPUNKT GASTROENTEROLOGIE

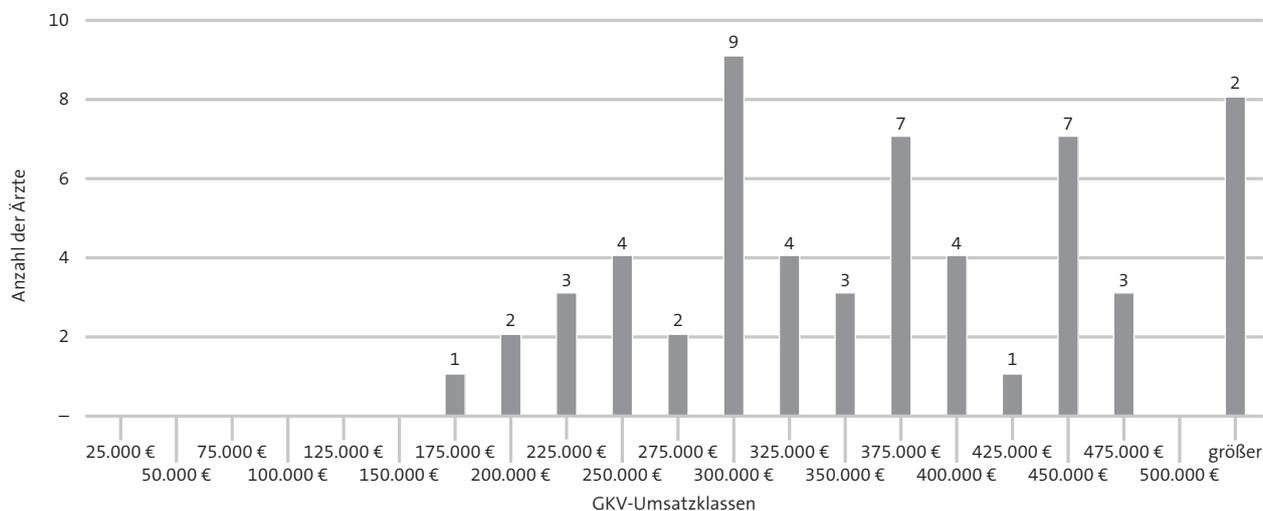
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	72	
Versorgungsumfang	58	
Honorar	23.885.087 €	5.971.272 €
Fallzahl	179.116	44.779

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	331.737 €	82.934 €
Honorar je Versorgungsumfang	410.997 €	102.749 €
Fallzahl je Arzt	2.488	622
Fallzahl je Versorgungsumfang	3.082	771

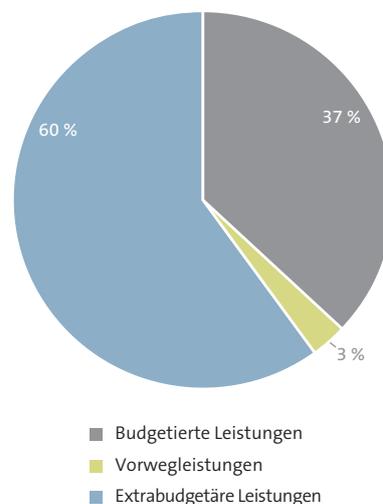
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
Budgetierte Leistungen	48,93 €	36,7 %
Kosten und Wegegelder	1,55 €	1,2 %
PFG	1,12 €	0,8 %
Wirtschaftlichkeitsbonus	0,57 €	0,4 %
Ambulantes Operieren	47,11 €	35,3 %
Präventive Koloskopie	15,57 €	11,7 %
Dialysepauschalen	13,05 €	9,8 %
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	1,84 €	1,4 %
Nephrologie – EBM Kapitel 4.5.4 und 13.3.6	1,48 €	1,1 %
Kapselendoskopie	0,52 €	0,4 %
Übrige Leistungen	1,61 €	1,2 %
<b>Gesamt</b>	<b>133,35 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN MIT SCHWERPUNKT HÄMATOLOGIE UND INTERNISTISCHE ONKOLOGIE

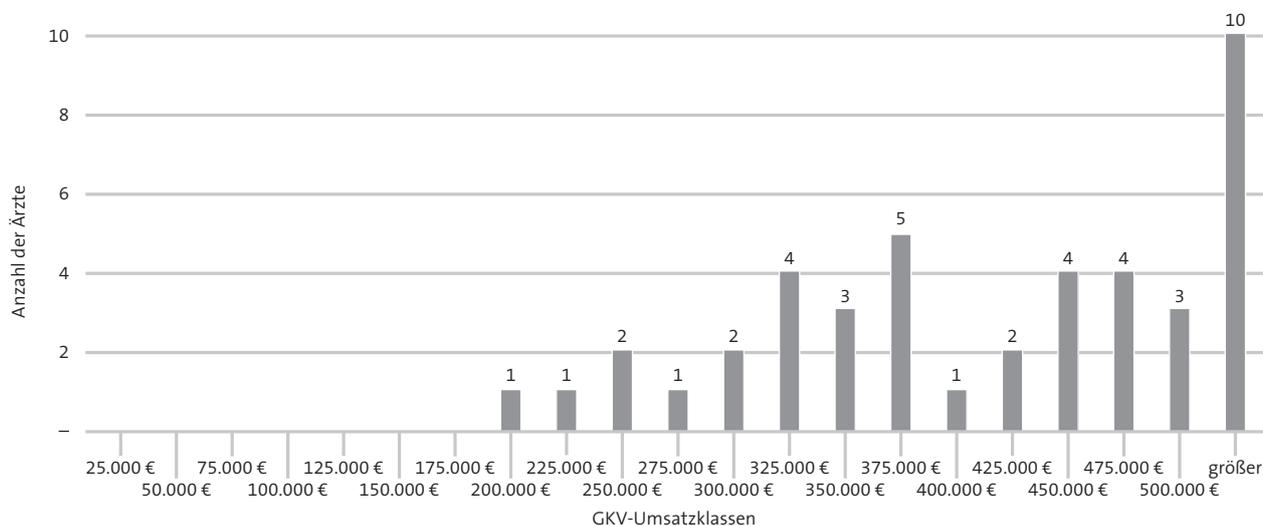
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	54	
Versorgungsumfang	41	
Honorar	17.211.227 €	4.302.807 €
Fallzahl	90.305	22.576

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	318.726 €	79.682 €
Honorar je Versorgungsumfang	424.890 €	106.222 €
Fallzahl je Arzt	1.672	418
Fallzahl je Versorgungsumfang	2.229	557

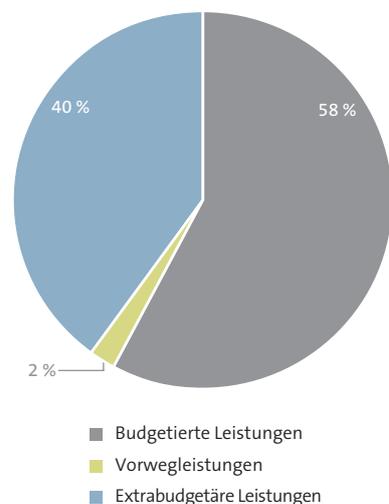
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	109,84 €	57,6 %
■ Labor – Kapitel 32.2	1,42 €	0,7 %
■ Labor – Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	1,23 €	0,6 %
■ Kosten und Wegegelder	0,92 €	0,5 %
■ Wirtschaftlichkeitsbonus	0,67 €	0,4 %
■ Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	68,88 €	36,1 %
■ Ambulantes Operieren	2,52 €	1,3 %
■ Substitutionsbehandlung	2,19 €	1,1 %
■ Zuschlag Medikationsplan	0,94 €	0,5 %
■ Präventive Koloskopie	0,76 €	0,4 %
Übrige Leistungen	1,23 €	0,6 %
<b>Gesamt</b>	<b>190,60 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN MIT SCHWERPUNKT KARDIOLOGIE

7

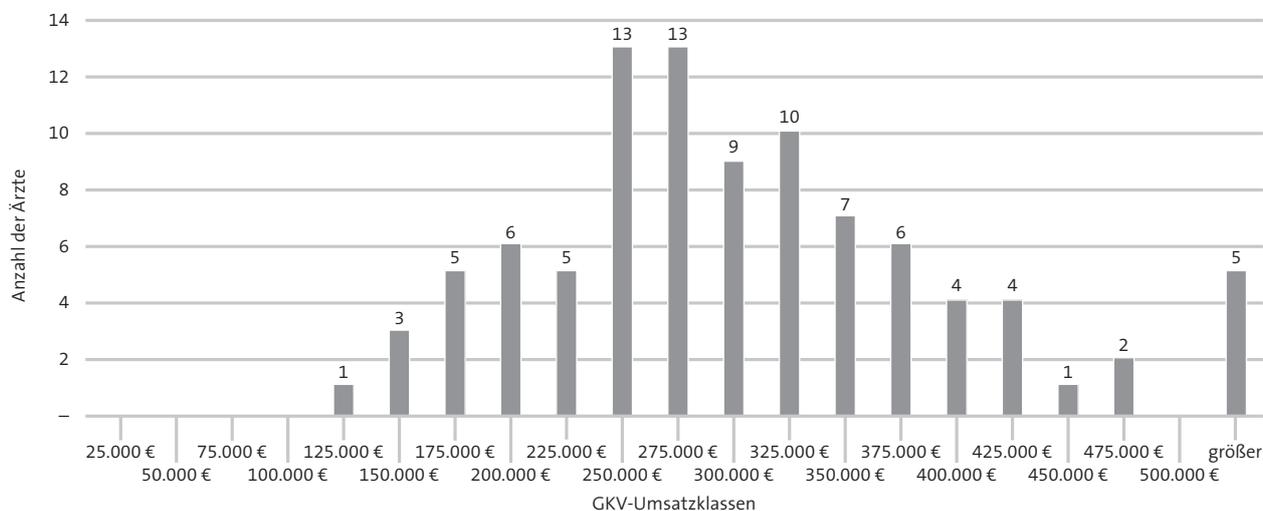
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	110	
Versorgungsumfang	92	
Honorar	26.795.304 €	6.698.826 €
Fallzahl	319.803	79.951

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	243.594 €	60.898 €
Honorar je Versorgungsumfang	290.622 €	72.655 €
Fallzahl je Arzt	2.907	727
Fallzahl je Versorgungsumfang	3.469	867

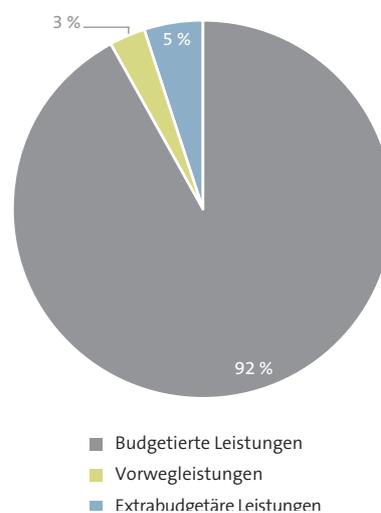
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	77,40 €	92,4 %
■ Labor – Kapitel 32.2 – unquotiert	0,66 €	0,8 %
■ Kosten und Wegegelder	0,57 €	0,7 %
■ Wirtschaftlichkeitsbonus	0,46 €	0,5 %
■ PFG	0,45 €	0,5 %
■ Ambulantes Operieren	1,22 €	1,5 %
■ Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	1,12 €	1,3 %
■ Präventive Koloskopie	0,59 €	0,7 %
■ DMP-Dokumentationen	0,45 €	0,5 %
■ Zuschlag Medikationsplan	0,21 €	0,3 %
Übrige Leistungen	0,66 €	0,8 %
<b>Gesamt</b>	<b>83,79 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN MIT SCHWERPUNKT KARDIOLOGIE MIT INVASIVER TÄTIGKEIT

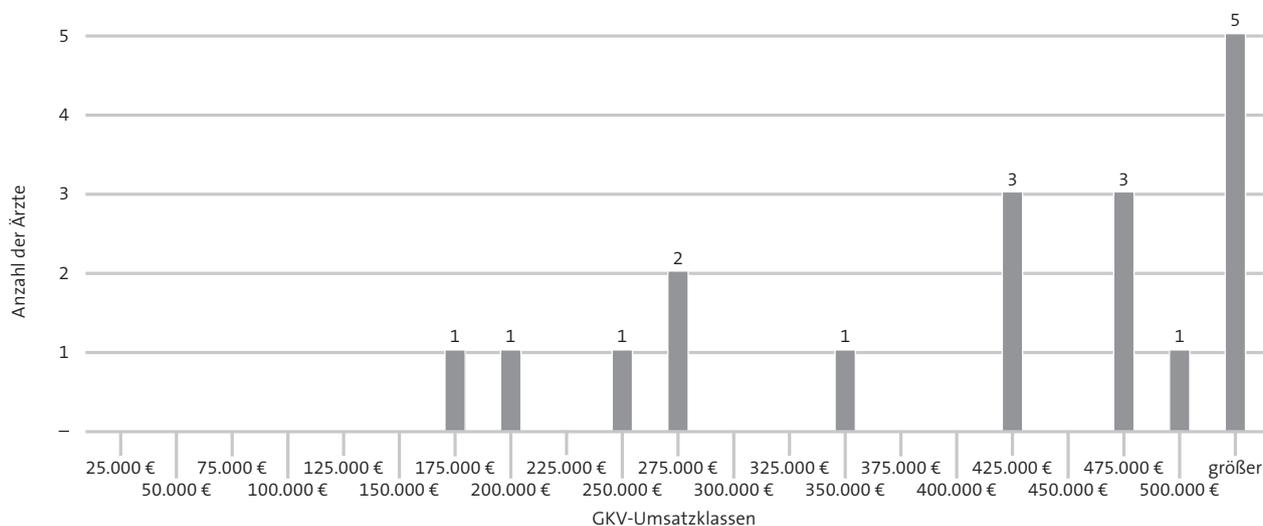
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	24	
Versorgungsumfang	19	
Honorar	8.437.245 €	2.109.311 €
Fallzahl	59.936	14.984

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	351.552 €	87.888 €
Honorar je Versorgungsumfang	449.986 €	112.497 €
Fallzahl je Arzt	2.497	624
Fallzahl je Versorgungsumfang	3.197	799

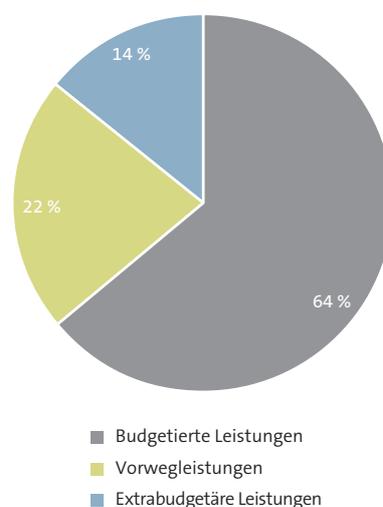
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	90,58 €	64,3 %
■ Kosten und Wegegelder	29,43 €	20,9 %
■ Labor – Kapitel 32.2 – unquotiert	0,97 €	0,7 %
■ PFG	0,33 €	0,2 %
■ Wirtschaftlichkeitsbonus	0,21 €	0,1 %
■ Herzkatheder-Untersuchung	17,64 €	12,5 %
■ Ambulantes Operieren	0,43 €	0,3 %
■ Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	0,40 €	0,3 %
■ Serienangiographie	0,26 €	0,2 %
■ Zuschlag Medikationsplan	0,19 €	0,1 %
Übrige Leistungen	0,33 €	0,2 %
<b>Gesamt</b>	<b>140,77 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN MIT SCHWERPUNKT PNEUMOLOGIE

7

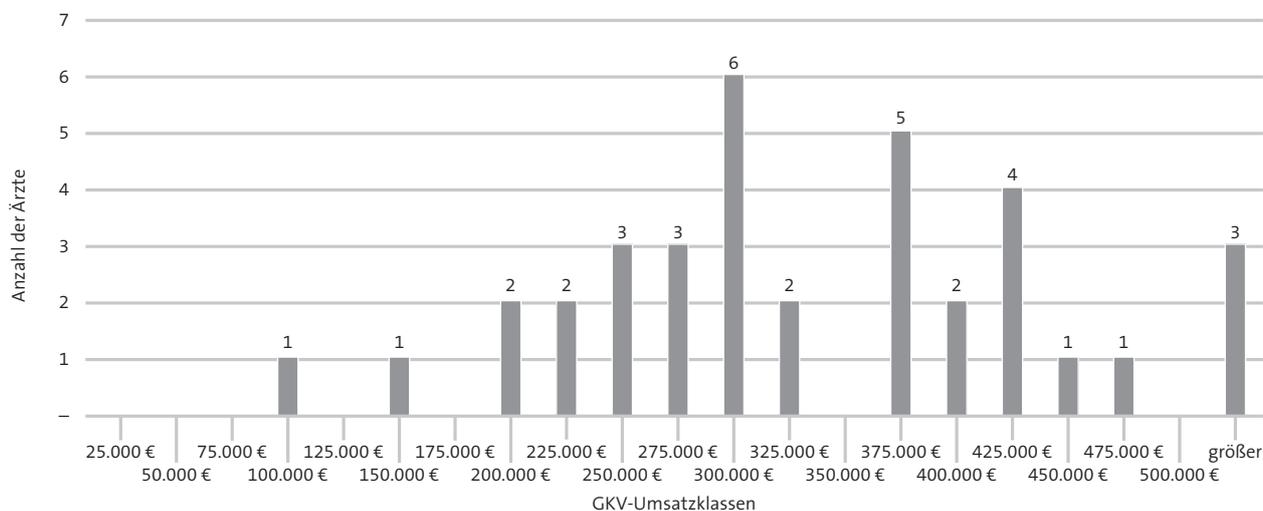
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	45	
Versorgungsumfang	38	
Honorar	12.523.548 €	3.130.887 €
Fallzahl	176.372	44.093

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	278.301 €	69.575 €
Honorar je Versorgungsumfang	328.056 €	82.014 €
Fallzahl je Arzt	3.919	980
Fallzahl je Versorgungsumfang	4.620	1.155

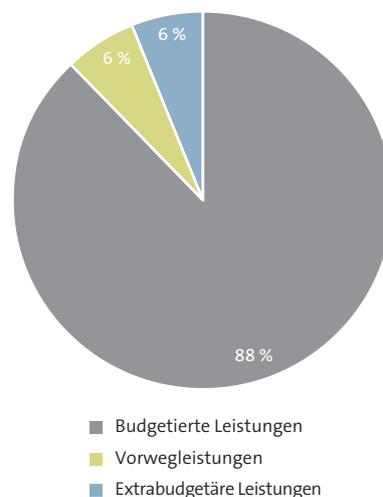
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	62,86 €	88,5 %
■ Labor – Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	1,47 €	2,1 %
■ Labor – Kapitel 32.2 – unquotiert	1,38 €	1,9 %
■ PFG	0,52 €	0,7 %
■ Kosten und Wegegelder	0,40 €	0,6 %
■ Wirtschaftlichkeitsbonus	0,37 €	0,5 %
■ DMP-Dokumentationen	1,95 €	2,7 %
■ Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	0,96 €	1,4 %
■ Zuschlag Medikationsplan	0,62 €	0,9 %
■ Zusatzvertrag AOK/TK – Multimorbidität	0,19 €	0,3 %
Übrige Leistungen	0,29 €	0,4 %
<b>Gesamt</b>	<b>71,01 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN MIT SCHWERPUNKT RHEUMATOLOGIE

## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	18	
Versorgungsumfang	17	
Honorar	5.020.576 €	1.255.144 €
Fallzahl	60.340	15.085

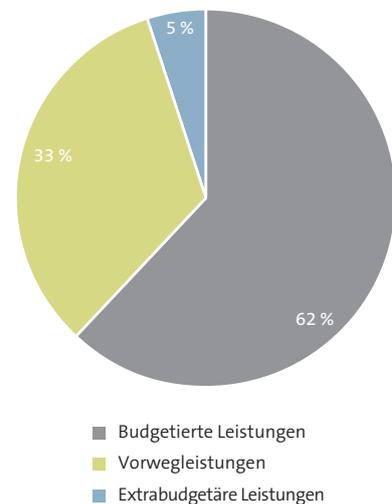
## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	278.921 €	69.730 €
Honorar je Versorgungsumfang	297.207 €	74.302 €
Fallzahl je Arzt	3.352	838
Fallzahl je Versorgungsumfang	3.572	893

## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	51,35 €	61,7 %
■ Labor – Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	25,74 €	30,9 %
■ Kosten und Wegegelder	0,68 €	0,8 %
■ Wirtschaftlichkeitsbonus	0,37 €	0,4 %
■ PFG	0,19 €	0,2 %
■ Ambulantes Operieren	1,29 €	1,6 %
■ Prävention	0,98 €	1,2 %
■ Präventive Koloskopie	0,89 €	1,1 %
■ Zuschlag Medikationsplan	0,59 €	0,7 %
■ Zusatzvertrag AOK/TK – Multimorbidität	0,31 €	0,4 %
Übrige Leistungen	0,82 €	1,0 %
<b>Gesamt</b>	<b>83,21 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOTHERAPEUTISCH TÄTIGE ÄRZTE

7

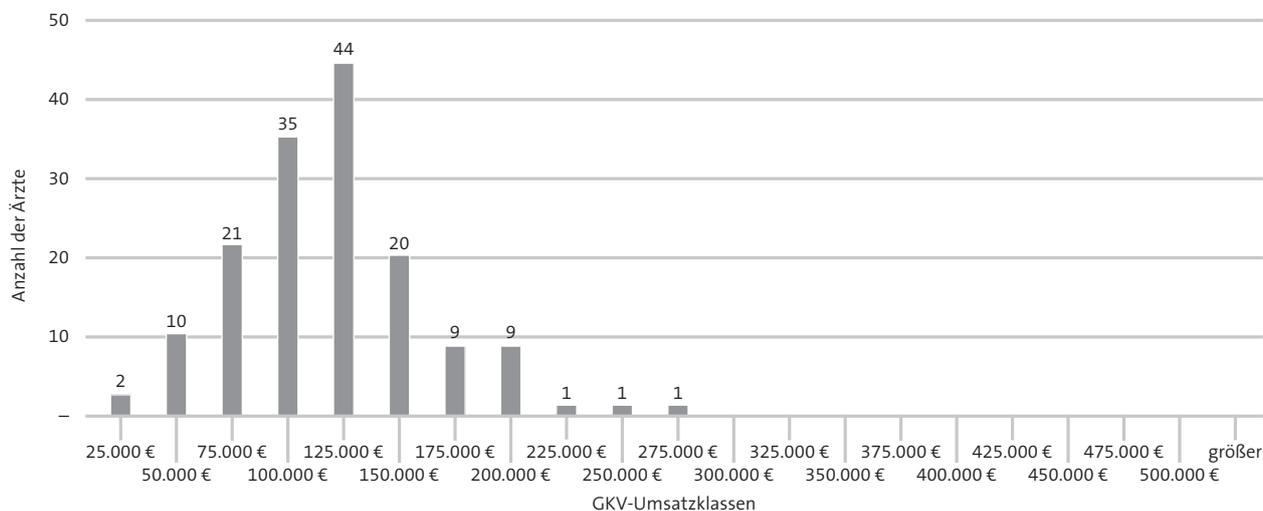
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	198	
Versorgungsumfang	156	
Honorar	16.260.447 €	4.065.112 €
Fallzahl	45.942	11.486

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	82.123 €	20.531 €
Honorar je Versorgungsumfang	104.346 €	26.086 €
Fallzahl je Arzt	232	58
Fallzahl je Versorgungsumfang	295	74

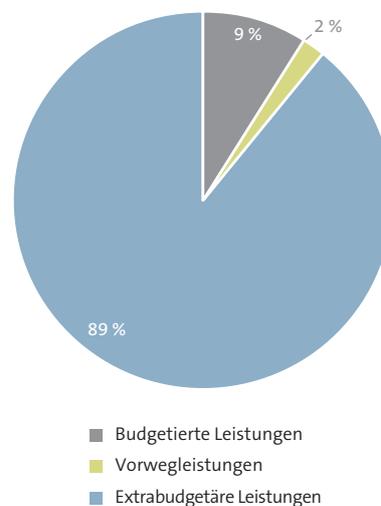
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	29,86 €	8,4 %
■ PFG	8,07 €	2,3 %
■ Wirtschaftlichkeitsbonus	0,22 €	0,1 %
■ Antragspflichtige Psychotherapie	233,81 €	66,1 %
■ Psychotherapeutische Sprechstunde	29,27 €	8,3 %
■ Probatorische Sitzung – Ärzte lt. § 87 b Abs. 2 Satz 3 SGB V	19,95 €	5,6 %
■ Strukturpauschale Psychotherapie	11,05 €	3,1 %
■ Psychotherapeutisches Gespräch	9,86 €	2,8 %
■ Psychotherapeutische Akutbehandlung	9,53 €	2,7 %
■ Zuschlag zur PFG	1,55 €	0,4 %
■ Übrige Leistungen	0,76 €	0,2 %
<b>Gesamt</b>	<b>353,93 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# ÜBRIGE AUSSCHLIESSLICH PSYCHOTHERAPEUTISCH TÄTIGE VERTRAGSÄRZTE

## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	16	
Versorgungsumfang	14	
Honorar	1.110.018 €	277.505 €
Fallzahl	2.870	718

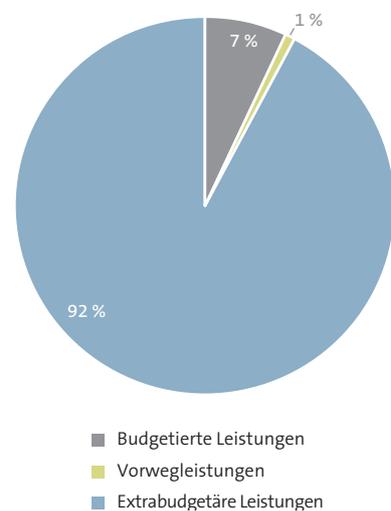
## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	69.376 €	17.344 €
Honorar je Versorgungsumfang	81.469 €	20.367 €
Fallzahl je Arzt	179	45
Fallzahl je Versorgungsumfang	211	53

## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	28,26 €	7,3 %
■ PFG	1,41 €	0,4 %
■ Wirtschaftlichkeitsbonus	1,02 €	0,3 %
■ Vorhaltepauschale	0,57 €	0,1 %
■ Antragspflichtige Psychotherapie	280,54 €	72,5 %
■ Psychotherapeutische Sprechstunde	30,88 €	8,0 %
■ Probatorische Sitzung – Ärzte lt. § 87 b Abs. 2 Satz 3 SGB V	24,52 €	6,3 %
■ Strukturpauschale Psychotherapie	10,85 €	2,8 %
■ Psychotherapeutische Akutbehandlung	7,46 €	1,9 %
■ Psychotherapeutisches Gespräch	0,40 €	0,1 %
Übrige Leistungen	0,85 €	0,2 %
<b>Gesamt</b>	<b>386,76 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



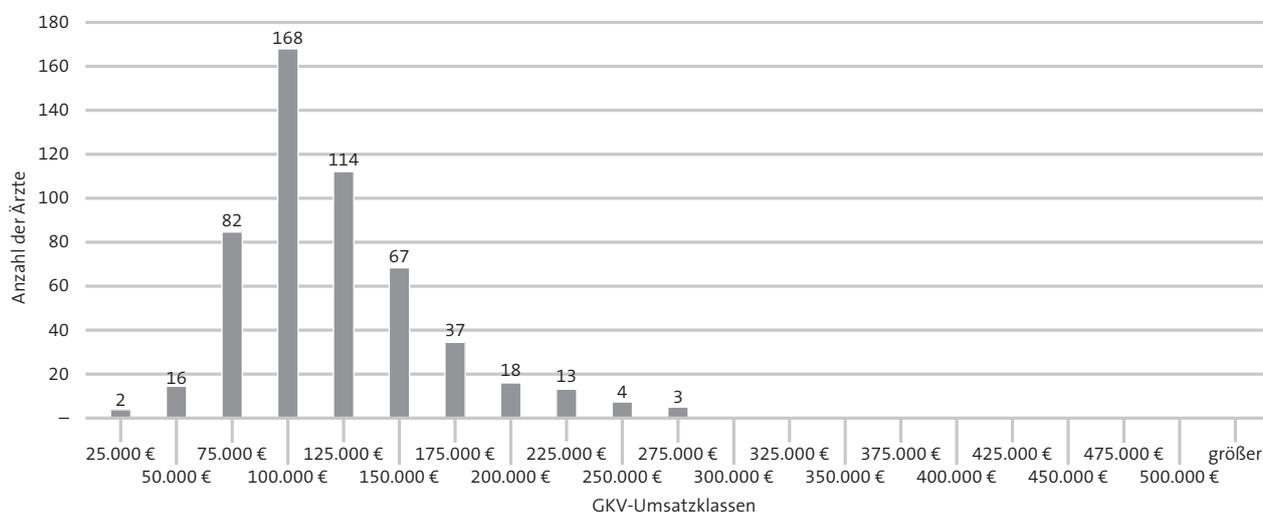
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	715	
Versorgungsumfang	550	
Honorar	59.046.753 €	14.761.688 €
Fallzahl	161.245	40.311

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	82.583 €	20.646 €
Honorar je Versorgungsumfang	107.405 €	26.851 €
Fallzahl je Arzt	226	56
Fallzahl je Versorgungsumfang	293	73

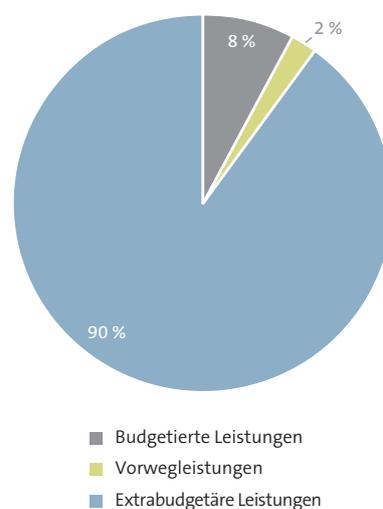
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	27,48 €	7,5 %
■ PFG	7,50 €	2,0 %
■ Antragspflichtige Psychotherapie	240,64 €	65,7 %
■ Psychotherapeutische Sprechstunde	31,87 €	8,7 %
■ Probatorische Sitzung – Ärzte lt. § 87 b Abs. 2 Satz 3 SGB V	22,91 €	6,3 %
■ Strukturpauschale Psychotherapie	11,59 €	3,2 %
■ Psychotherapeutische Akutbehandlung	10,26 €	2,8 %
■ Psychotherapeutisches Gespräch	9,61 €	2,6 %
■ Neuropsychologische Therapie	2,37 €	0,6 %
■ Zuschlag zur PFG	1,44 €	0,4 %
■ Übrige Leistungen	0,54 €	0,1 %
<b>Gesamt</b>	<b>366,21 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN

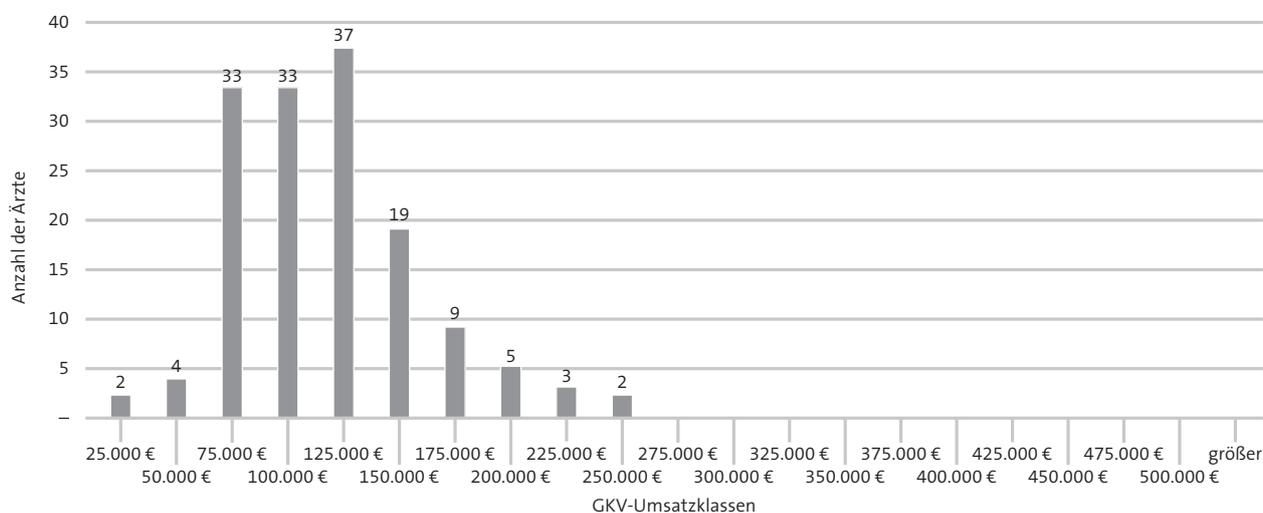
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	183	
Versorgungsumfang	150	
Honorar	15.635.925 €	3.908.981 €
Fallzahl	29.800	7.450

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	85.442 €	21.361 €
Honorar je Versorgungsumfang	104.543 €	26.136 €
Fallzahl je Arzt	163	41
Fallzahl je Versorgungsumfang	199	50

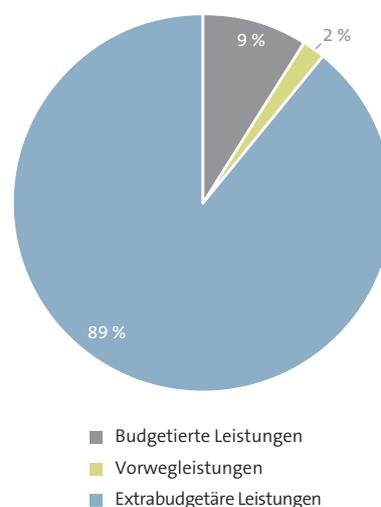
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	49,36 €	9,4 %
■ PFG	7,76 €	1,5 %
■ Kosten und Wegegelder	0,16 €	0,0 %
■ Antragspflichtige Psychotherapie	348,56 €	66,4 %
■ Psychotherapeutische Sprechstunde	49,52 €	9,4 %
■ Probatorische Sitzung – Ärzte lt. § 87 b Abs. 2 Satz 3 SGB V	32,70 €	6,2 %
■ Strukturpauschale Psychotherapie	16,20 €	3,1 %
■ Psychotherapeutisches Gespräch	10,08 €	1,9 %
■ Psychotherapeutische Akutbehandlung	8,71 €	1,7 %
■ Zuschlag zur PFG	1,49 €	0,3 %
Übrige Leistungen	0,16 €	0,0 %
<b>Gesamt</b>	<b>524,70 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE

7

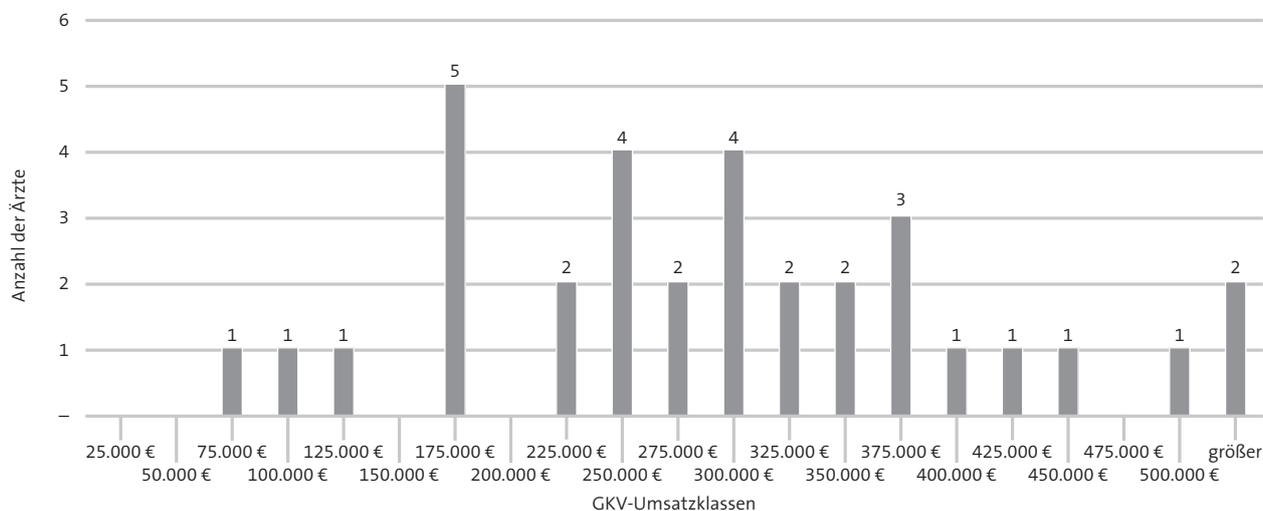
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	34	
Versorgungsumfang	33	
Honorar	9.306.121 €	2.326.530 €
Fallzahl	37.791	9.448

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	273.709 €	68.427 €
Honorar je Versorgungsumfang	284.156 €	71.039 €
Fallzahl je Arzt	1.112	278
Fallzahl je Versorgungsumfang	1.154	288

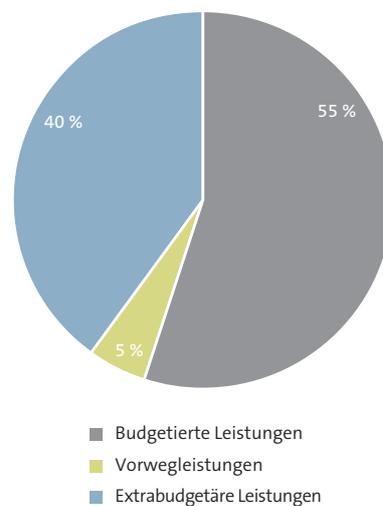
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	135,69 €	55,1 %
■ PFG	10,68 €	4,3 %
■ Labor – Kapitel 32.2	0,72 €	0,3 %
■ Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	79,99 €	32,5 %
■ Psychotherapeutische Sprechstunde	5,64 €	2,3 %
■ Antragspflichtige Psychotherapie	5,03 €	2,0 %
■ Substitutionsbehandlung	3,47 €	1,4 %
■ Zuschlag zur PFG	2,05 €	0,8 %
■ Probatorische Sitzung – Ärzte lt. § 87 b Abs. 2 Satz 3 SGB V	1,25 €	0,5 %
■ Psychotherapeutische Akutbehandlung	0,59 €	0,2 %
Übrige Leistungen	1,13 €	0,5 %
<b>Gesamt</b>	<b>246,24 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



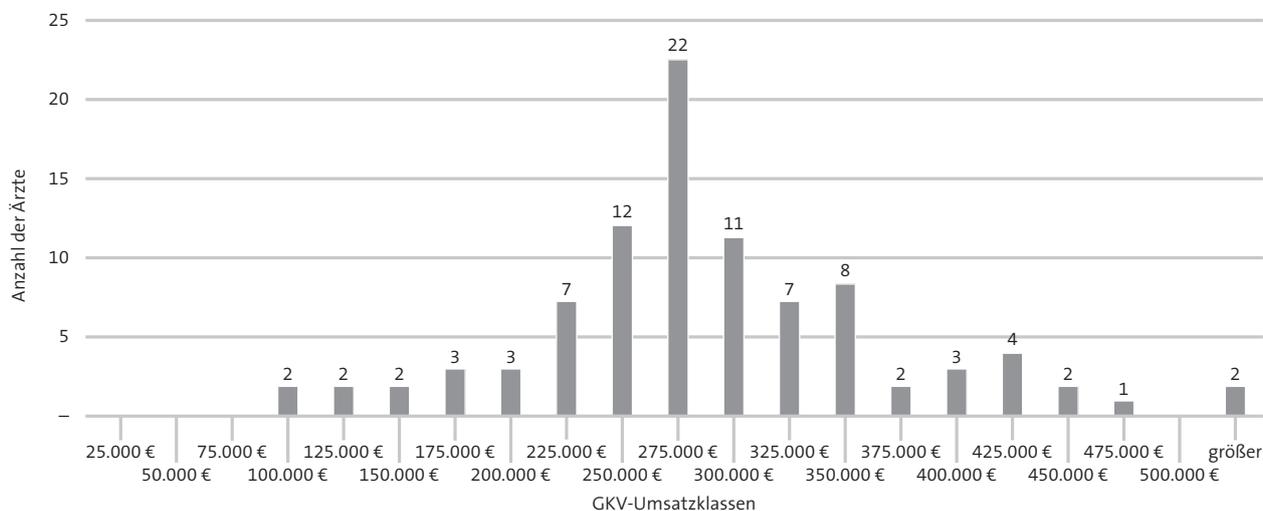
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	99	
Versorgungsumfang	93	
Honorar	26.148.635 €	6.537.159 €
Fallzahl	380.549	95.137

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	264.128 €	66.032 €
Honorar je Versorgungsumfang	281.062 €	70.266 €
Fallzahl je Arzt	3.844	961
Fallzahl je Versorgungsumfang	4.090	1.023

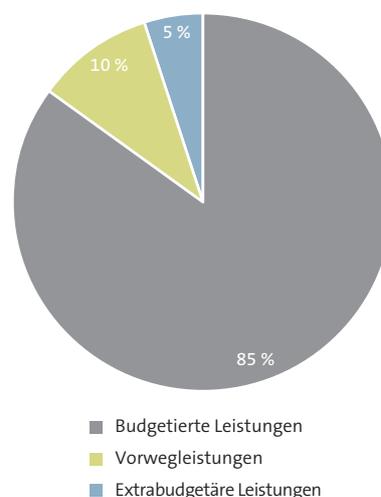
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	58,29 €	84,8 %
■ PFG	5,46 €	7,9 %
■ Haus- und Heimbefuche	1,29 €	1,9 %
■ Kosten und Wegegelder	0,28 €	0,4 %
■ Wirtschaftlichkeitsbonus	0,11 €	0,2 %
■ Zuschlag zur PFG	1,01 €	1,5 %
■ Zusatzvertrag AOK/TK – Multimorbidität	0,65 €	0,9 %
■ Zuschlag Medikationsplan	0,59 €	0,9 %
■ Leistungen in Pflegeheimen	0,32 €	0,5 %
■ Psychotherapeutische Sprechstunde	0,17 €	0,2 %
Übrige Leistungen	0,53 €	0,8 %
<b>Gesamt</b>	<b>68,70 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



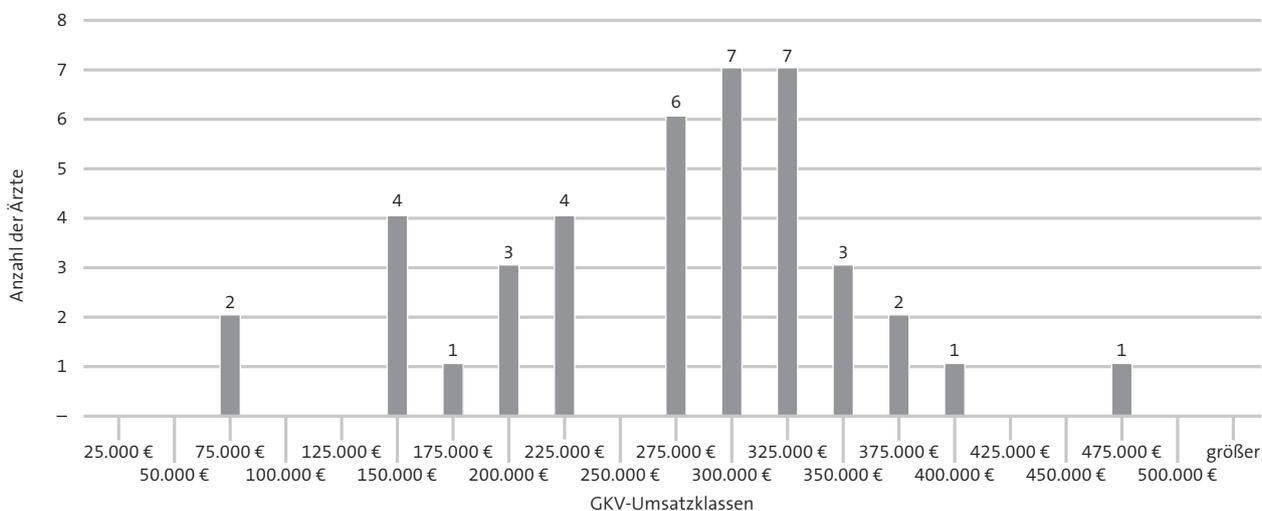
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	54	
Versorgungsumfang	41	
Honorar	10.220.314 €	2.555.079 €
Fallzahl	154.034	38.509

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	189.265 €	47.316 €
Honorar je Versorgungsumfang	251.500 €	62.875 €
Fallzahl je Arzt	2.852	713
Fallzahl je Versorgungsumfang	3.790	948

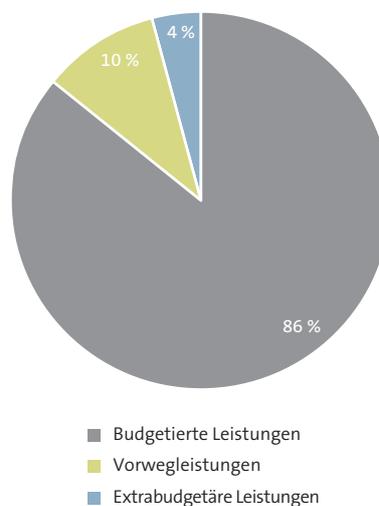
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
Budgetierte Leistungen	57,30 €	86,4 %
PFG	5,28 €	8,0 %
Haus- und Heimbesuche	0,76 €	1,1 %
Kosten und Wegegelder	0,35 €	0,5 %
Wirtschaftlichkeitsbonus	0,11 €	0,2 %
Zuschlag zur PFG	0,96 €	1,4 %
Zuschlag Medikationsplan	0,61 €	0,9 %
Zusatzvertrag AOK/TK – Multimorbidität	0,45 €	0,7 %
Leistungen in Pflegeheimen	0,28 €	0,4 %
Substitutionsbehandlung	0,08 €	0,1 %
Übrige Leistungen	0,16 €	0,2 %
<b>Gesamt</b>	<b>66,34 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

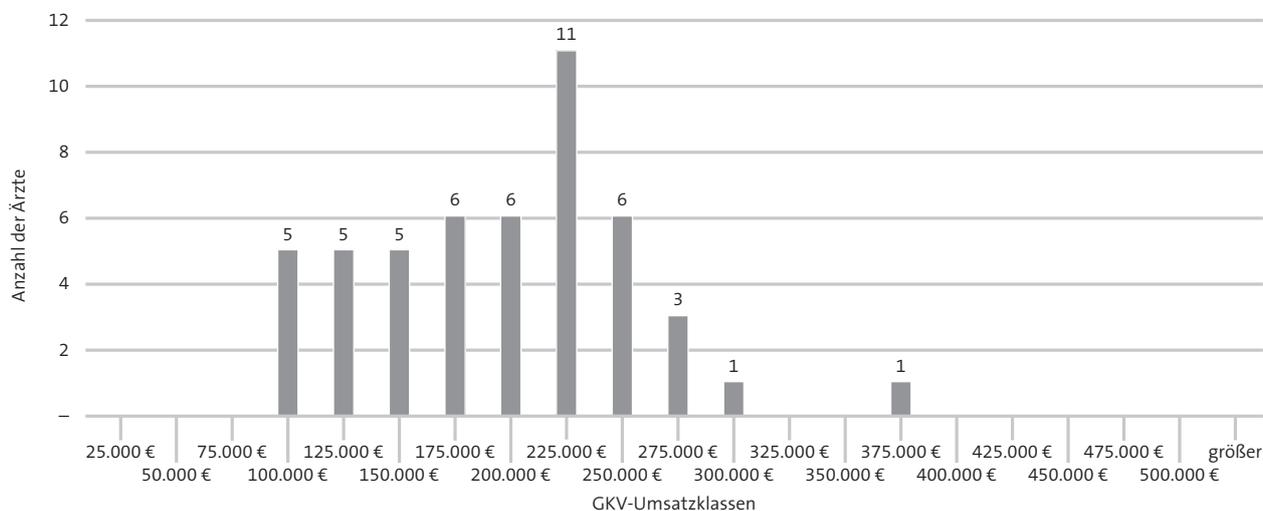
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	56	
Versorgungsumfang	50	
Honorar	9.187.823 €	2.296.956 €
Fallzahl	116.440	29.110

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	164.068 €	41.017 €
Honorar je Versorgungsumfang	183.986 €	45.997 €
Fallzahl je Arzt	2.079	520
Fallzahl je Versorgungsumfang	2.332	583

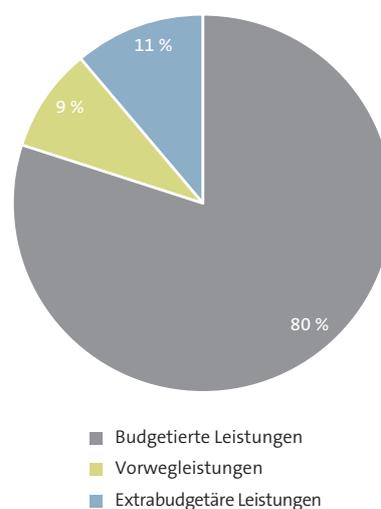
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
Budgetierte Leistungen	62,80 €	79,6 %
PFG	6,07 €	7,7 %
Haus- und Heimbefuche	0,73 €	0,9 %
Antragspflichtige Psychotherapie	3,17 €	4,0 %
Psychotherapeutische Sprechstunde	1,48 €	1,9 %
Zuschlag zur PFG	1,17 €	1,5 %
Probatorische Sitzung – Ärzte lt. § 87 b Abs. 2 Satz 3 SGB V	0,62 €	0,8 %
Zuschlag Medikationsplan	0,61 €	0,8 %
Zusatzvertrag AOK/TK – Multimorbidität	0,52 €	0,7 %
Psychotherapeutische Akutbehandlung	0,43 €	0,5 %
Übrige Leistungen	1,31 €	1,7 %
<b>Gesamt</b>	<b>78,91 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR NERVENHEILKUNDE MIT PSYCHIATRISCHEM SCHWERPUNKT

7

## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	7	
Versorgungsumfang	6	
Honorar	1.529.938 €	382.485 €
Fallzahl	21.543	5.386

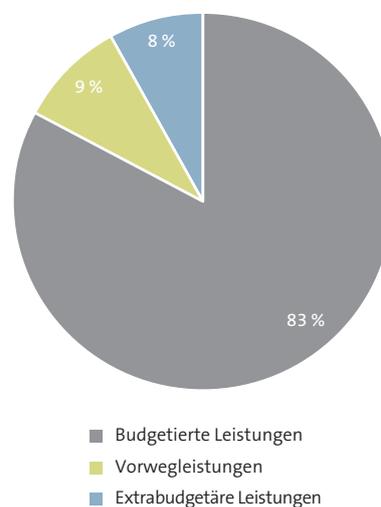
## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	218.563 €	54.641 €
Honorar je Versorgungsumfang	244.790 €	61.198 €
Fallzahl je Arzt	3.078	769
Fallzahl je Versorgungsumfang	3.447	862

## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	58,53 €	82,4 %
■ PFG	4,69 €	6,6 %
■ Haus- und Heimbefuche	1,57 €	2,2 %
■ Wirtschaftlichkeitsbonus	0,22 €	0,3 %
■ Antragspflichtige Psychotherapie	2,76 €	3,9 %
■ Zuschlag zur PFG	0,86 €	1,2 %
■ Probatorische Sitzung – Ärzte lt. § 87 b Abs. 2 Satz 3 SGB V	0,68 €	1,0 %
■ Zuschlag Medikationsplan	0,55 €	0,8 %
■ Psychotherapeutische Sprechstunde	0,48 €	0,7 %
■ Zusatzvertrag AOK/TK – Multimorbidität	0,40 €	0,6 %
Übrige Leistungen	0,28 €	0,4 %
<b>Gesamt</b>	<b>71,02 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE MIT MINDESTENS 30 PROZENT ANTEIL PSYCHOTHERAPIE

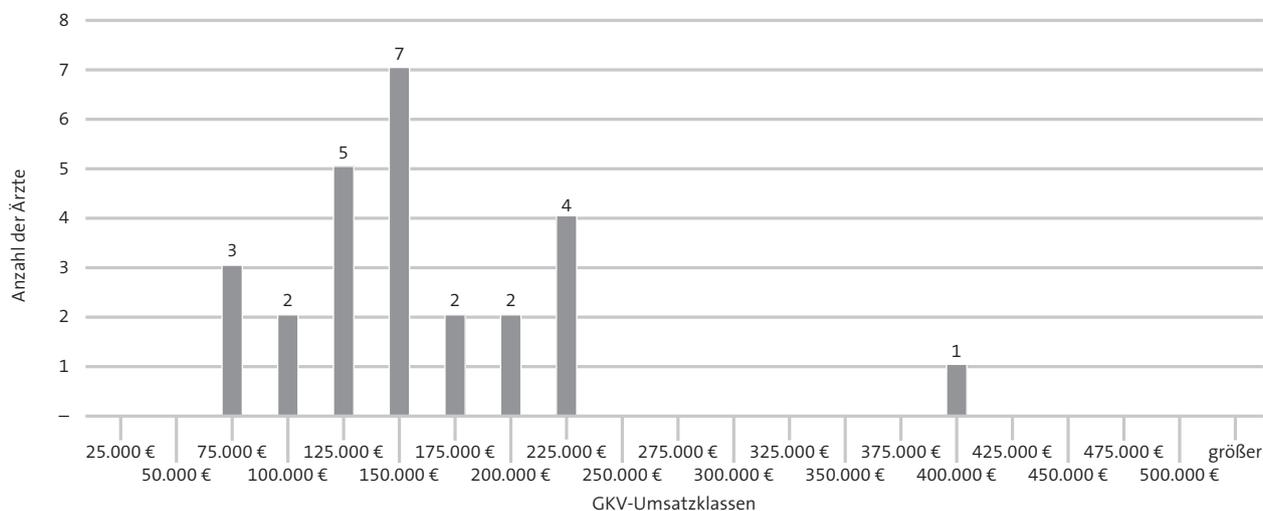
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	30	
Versorgungsumfang	27	
Honorar	3.927.886 €	981.972 €
Fallzahl	21.301	5.325

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	130.930 €	32.732 €
Honorar je Versorgungsumfang	146.385 €	36.596 €
Fallzahl je Arzt	710	178
Fallzahl je Versorgungsumfang	794	198

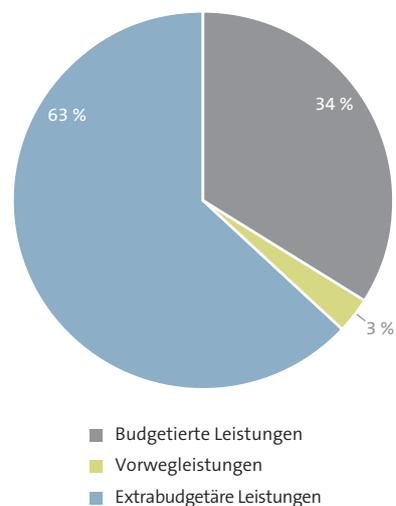
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
Budgetierte Leistungen	63,63 €	34,5 %
PFG	4,77 €	2,6 %
Antragspflichtige Psychotherapie	78,53 €	42,6 %
Psychotherapeutische Sprechstunde	17,86 €	9,7 %
Probatorische Sitzung – Ärzte lt. § 87 b Abs. 2 Satz 3 SGB V	8,71 €	4,7 %
Psychotherapeutische Akutbehandlung	4,33 €	2,3 %
Strukturpauschale Psychotherapie	3,66 €	2,0 %
Zuschlag zur PFG	0,92 €	0,5 %
Zuschlag Medikationsplan	0,62 €	0,3 %
Depressive Erkrankung – BKK	0,28 €	0,2 %
Übrige Leistungen	1,09 €	0,6 %
<b>Gesamt</b>	<b>184,40 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR ORTHOPÄDIE – KONSERVATIV TÄTIG

7

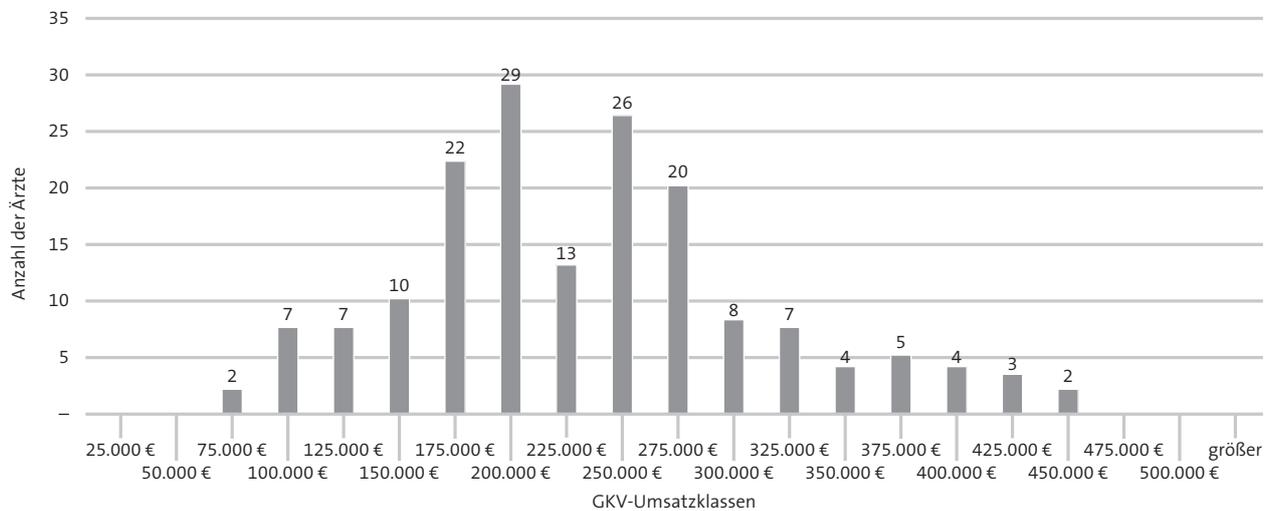
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	223	
Versorgungsumfang	172	
Honorar	37.697.286 €	9.424.322 €
Fallzahl	765.279	191.320

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	169.046 €	42.262 €
Honorar je Versorgungsumfang	218.583 €	54.646 €
Fallzahl je Arzt	3.432	858
Fallzahl je Versorgungsumfang	4.437	1.109

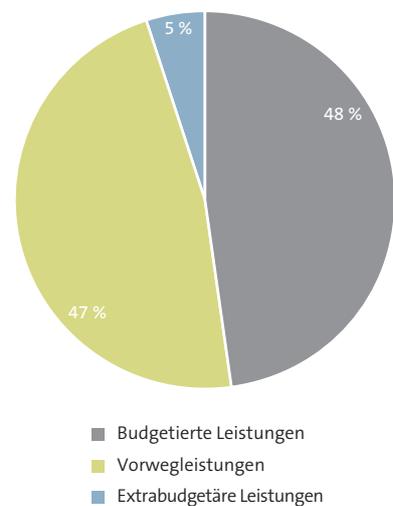
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
Budgetierte Leistungen	23,37 €	47,4 %
Grund- bzw. Versichertenpauschale	18,45 €	37,4 %
PFG	3,98 €	8,1 %
Kosten und Wegegelder	0,36 €	0,7 %
Grundpauschale im Rahmen der Schmerztherapie	0,22 €	0,4 %
Wirtschaftlichkeitsbonus	0,19 €	0,4 %
Ambulantes Operieren	1,12 €	2,3 %
Zuschlag zur PFG	0,73 €	1,5 %
Zusatzvertrag AOK/TK – Multimorbidität	0,39 €	0,8 %
Zuschlag Medikationsplan	0,22 €	0,4 %
Übrige Leistungen	0,24 €	0,5 %
<b>Gesamt</b>	<b>49,27 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR ORTHOPÄDIE – OPERATIV TÄTIG

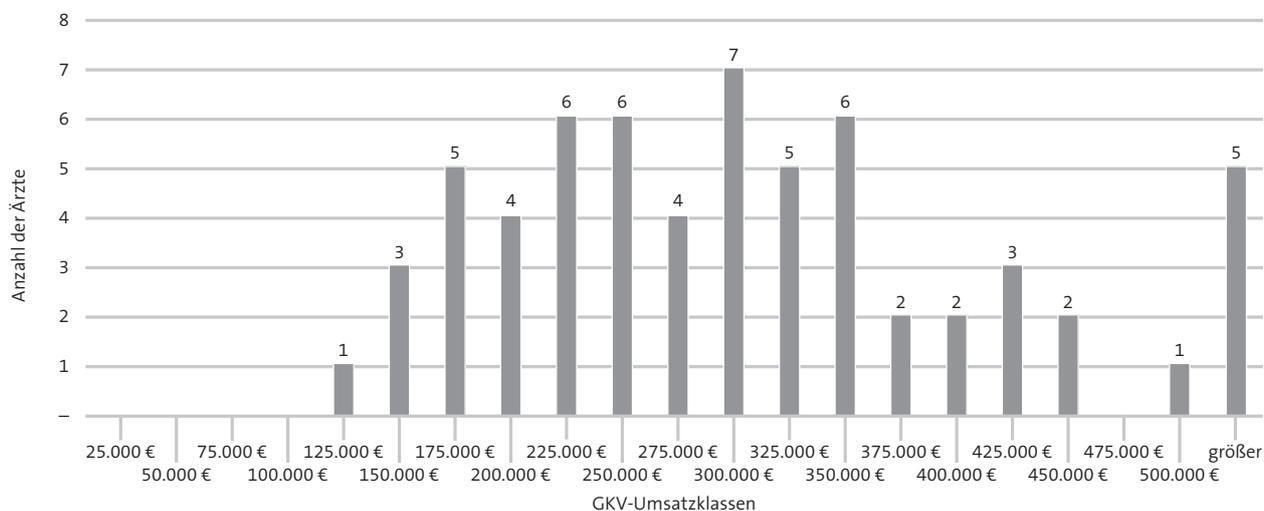
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	82	
Versorgungsumfang	65	
Honorar	19.221.484 €	4.805.371 €
Fallzahl	267.083	66.771

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	234.408 €	58.602 €
Honorar je Versorgungsumfang	296.308 €	74.077 €
Fallzahl je Arzt	3.257	814
Fallzahl je Versorgungsumfang	4.117	1.029

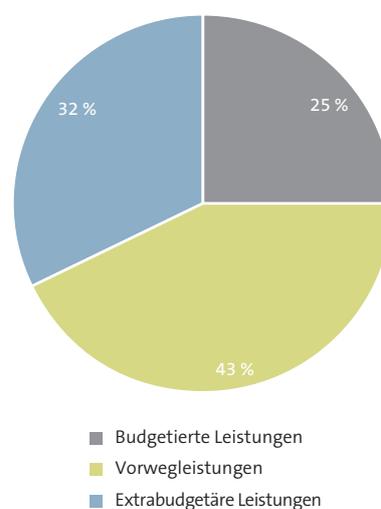
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	17,98 €	25,0 %
■ Grund- bzw. Versichertenpauschale	18,92 €	26,3 %
■ Kosten und Wegegelder	5,30 €	7,4 %
■ PFG	3,86 €	5,4 %
■ Belegärztliche Leistungen	2,40 €	3,3 %
■ Ambulantes Operieren	16,85 €	23,4 %
■ Extrabudgetäre belegärztliche Leistungen	4,12 €	5,7 %
■ Investitionspauschale II	0,72 €	1,0 %
■ Zuschlag zur PFG	0,71 €	1,0 %
■ Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	0,26 €	0,4 %
Übrige Leistungen	0,85 €	1,2 %
<b>Gesamt</b>	<b>71,97 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR PHYSIKALISCHE UND REHABILITATIVE MEDIZIN

7

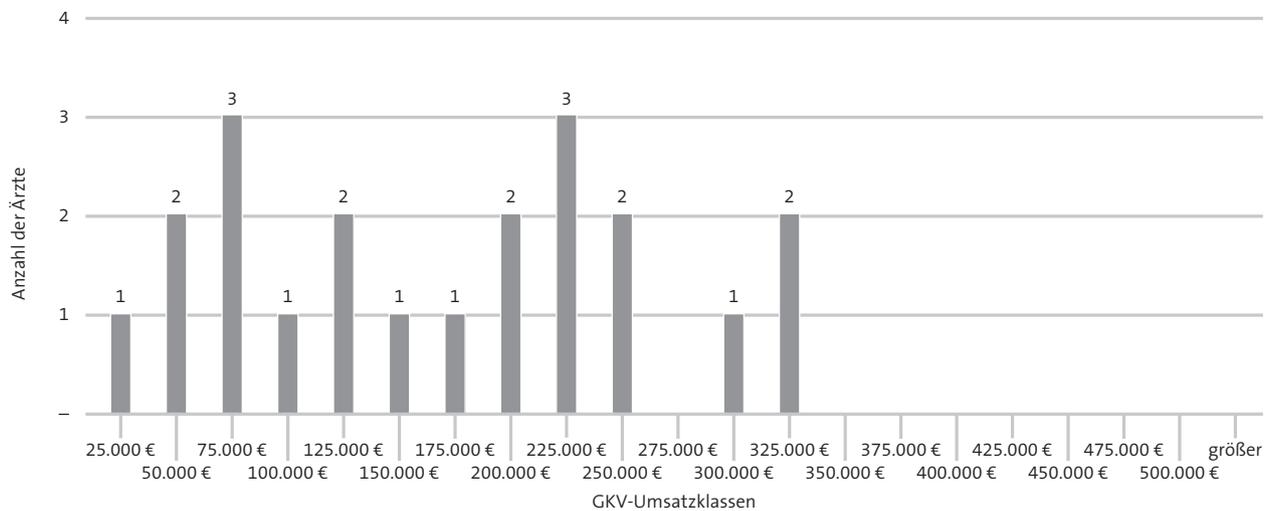
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	27	
Versorgungsumfang	22	
Honorar	3.465.178 €	866.295 €
Fallzahl	61.825	15.456

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	128.340 €	32.085 €
Honorar je Versorgungsumfang	158.462 €	39.616 €
Fallzahl je Arzt	2.290	572
Fallzahl je Versorgungsumfang	2.827	707

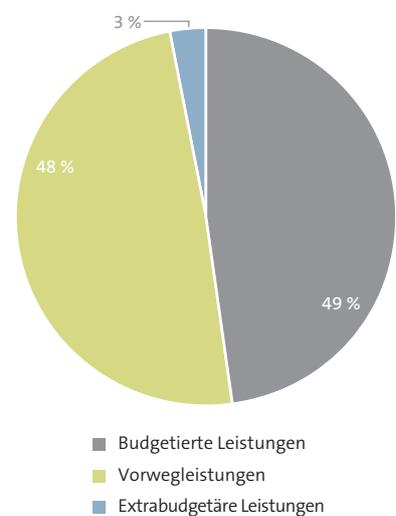
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	27,40 €	48,9 %
■ Grund- bzw. Versichertenpauschale	22,19 €	39,6 %
■ PFG	3,30 €	5,9 %
■ Grundpauschale im Rahmen der Schmerztherapie	1,03 €	1,8 %
■ Kosten und Wegegelder	0,23 €	0,4 %
■ Wirtschaftlichkeitsbonus	0,20 €	0,4 %
■ Zuschlag zur PFG	0,61 €	1,1 %
■ Ambulantes Operieren	0,38 €	0,7 %
■ Zusatzvertrag AOK/TK – Multimorbidität	0,28 €	0,5 %
■ Zuschlag Medikationsplan	0,25 €	0,4 %
Übrige Leistungen	0,18 €	0,3 %
<b>Gesamt</b>	<b>56,05 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR NUKLEARMEDIZIN

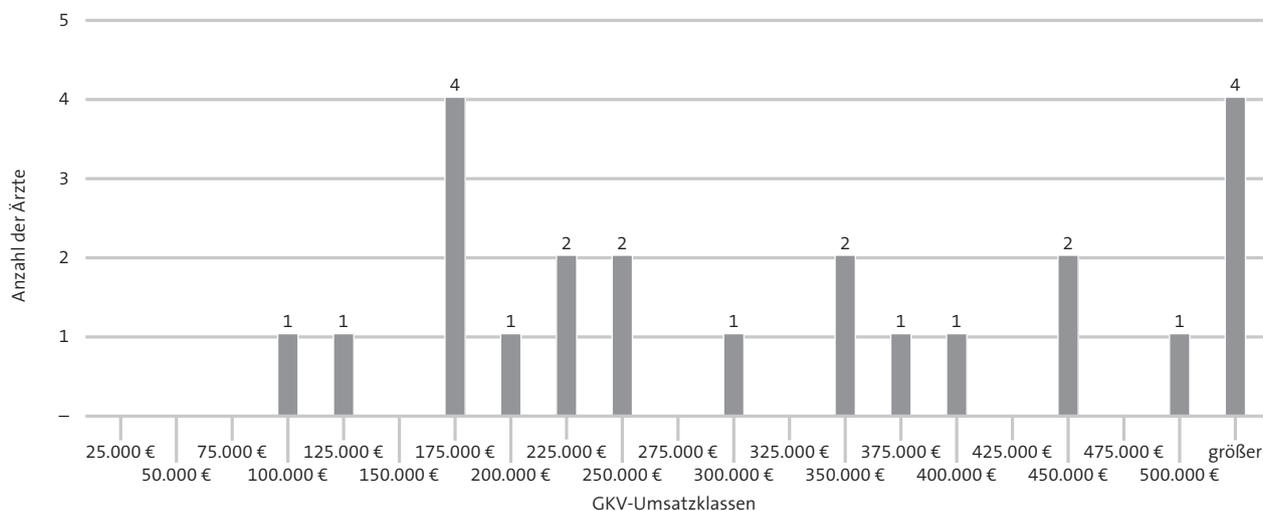
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	32	
Versorgungsumfang	24	
Honorar	8.542.451 €	2.135.613 €
Fallzahl	68.358	17.090

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	266.952 €	66.738 €
Honorar je Versorgungsumfang	359.682 €	89.921 €
Fallzahl je Arzt	2.136	534
Fallzahl je Versorgungsumfang	2.878	720

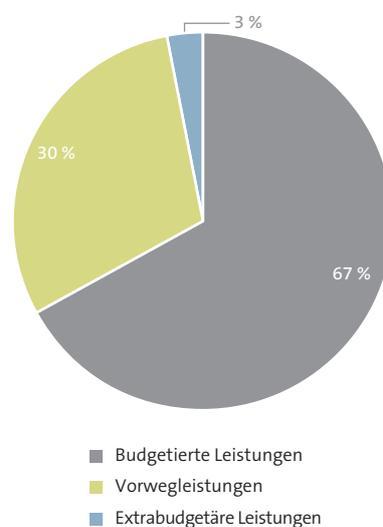
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	83,27 €	66,6 %
■ Kosten und Wegegelder	27,42 €	21,9 %
■ Labor – Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	8,84 €	7,1 %
■ Labor – Kapitel 32.2	1,23 €	1,0 %
■ Labor – Kapitel 32.3 – Auftragsleistungen	0,51 €	0,4 %
■ Wirtschaftlichkeitsbonus	0,10 €	0,1 %
■ PET, PET/CT	2,06 €	1,6 %
■ Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	1,27 €	1,0 %
■ Osteodensitometrie II	0,18 €	0,1 %
■ Extrabudgetäre belegärztliche Leistungen	0,04 €	0,0 %
Übrige Leistungen	0,03 €	0,0 %
<b>Gesamt</b>	<b>124,95 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	9	
Versorgungsumfang	6	
Honorar	1.718.184 €	429.546 €
Fallzahl	34.410	8.603

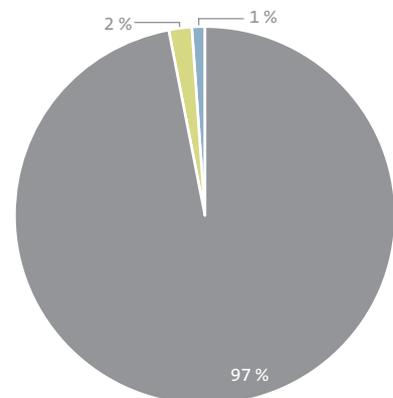
## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	190.909 €	47.727 €
Honorar je Versorgungsumfang	271.221 €	67.805 €
Fallzahl je Arzt	3.823	956
Fallzahl je Versorgungsumfang	5.432	1.358

## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	48,38 €	96,9 %
■ Kosten und Wegegelder	1,08 €	2,2 %
■ Wirtschaftlichkeitsbonus	0,08 €	0,2 %
■ Labor – Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	0,01 €	0,0 %
■ Labor – Kapitel 32.2	0,00 €	0,0 %
■ Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	0,30 €	0,6 %
■ Osteodensitometrie II	0,06 €	0,1 %
■ Vakuumbiopsie der Mamma (Radiologie)	0,02 €	0,0 %
<b>Gesamt</b>	<b>49,93 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



- Budgetierte Leistungen
- Vorweleistungen
- Extrabudgetäre Leistungen

# FACHÄRZTE FÜR DIAGNOSTISCHE RADIOLOGIE | MIT CT UND OHNE MRT

## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	12	
Versorgungsumfang	7	
Honorar	3.497.021 €	874.255 €
Fallzahl	37.856	9.464

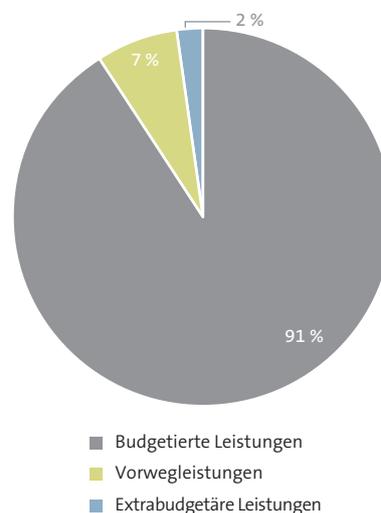
## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	291.418 €	72.855 €
Honorar je Versorgungsumfang	484.184 €	121.046 €
Fallzahl je Arzt	3.155	789
Fallzahl je Versorgungsumfang	5.241	1.310

## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	84,47 €	91,4 %
■ Kosten und Wegegelder	4,81 €	5,2 %
■ Labor – Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	1,04 €	1,1 %
■ Wirtschaftlichkeitsbonus	0,17 €	0,2 %
■ Labor – Kapitel 32.2	0,12 €	0,1 %
■ CT-gesteuerte Intervention	1,08 €	1,2 %
■ PET, PET/CT	0,33 €	0,4 %
■ Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	0,17 €	0,2 %
■ Osteodensitometrie II	0,16 €	0,2 %
■ Phlebographie	0,02 €	0,0 %
Übrige Leistungen	0,00 €	0,0 %
<b>Gesamt</b>	<b>92,37 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR DIAGNOSTISCHE RADIOLOGIE | ÜBERWIEGEND MRT

7

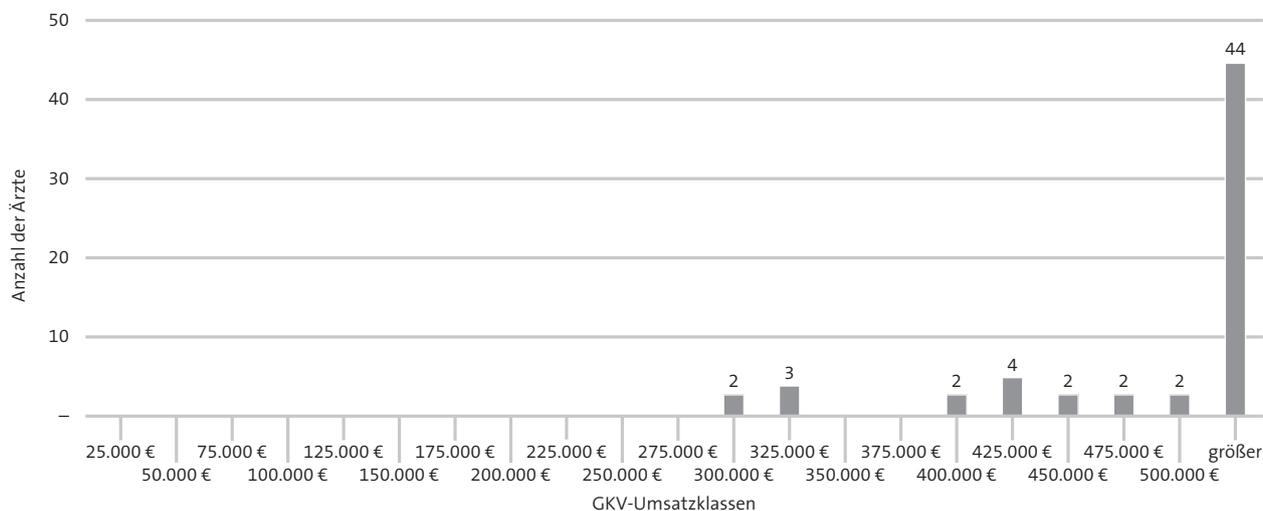
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	94	
Versorgungsumfang	62	
Honorar	42.431.935 €	10.607.984 €
Fallzahl	352.286	88.072

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	451.404 €	112.851 €
Honorar je Versorgungsumfang	687.825 €	171.956 €
Fallzahl je Arzt	3.748	937
Fallzahl je Versorgungsumfang	5.711	1.428

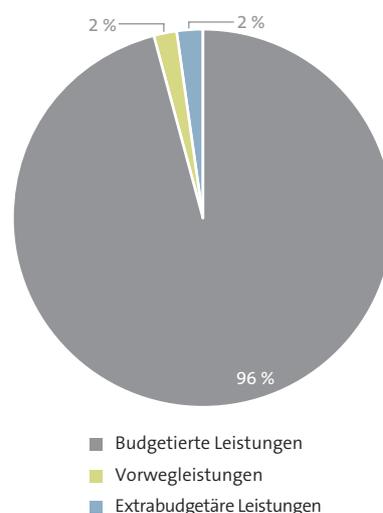
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	115,93 €	96,3 %
■ Kosten und Wegegelder	1,58 €	1,3 %
■ Wirtschaftlichkeitsbonus	0,19 €	0,2 %
■ Labor – Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	0,06 €	0,0 %
■ Labor – Kapitel 32.2	0,02 €	0,0 %
■ Strahlentherapie	1,67 €	1,4 %
■ CT-gesteuerte Intervention	0,76 €	0,6 %
■ Kosten Strahlentherapie	0,20 €	0,2 %
■ Osteodensitometrie II	0,03 €	0,0 %
■ Phlebographie	0,00 €	0,0 %
Übrige Leistungen	0,00 €	0,0 %
<b>Gesamt</b>	<b>120,44 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



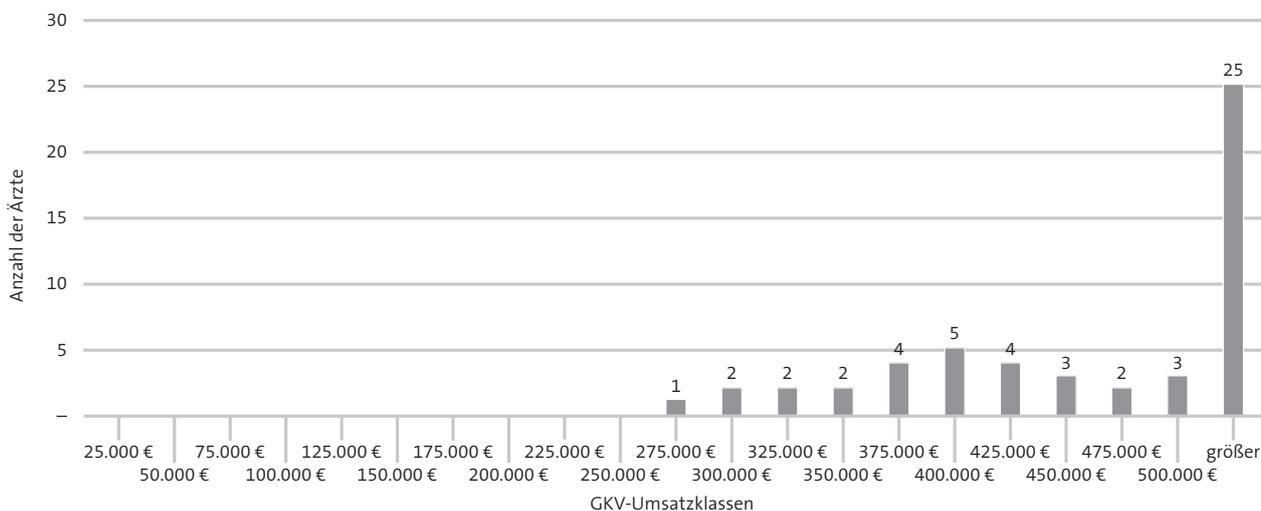
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	75	
Versorgungsumfang	57	
Honorar	31.675.716 €	7.918.929 €
Fallzahl	320.041	80.010

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	422.343 €	105.586 €
Honorar je Versorgungsumfang	556.764 €	139.191 €
Fallzahl je Arzt	4.267	1.067
Fallzahl je Versorgungsumfang	5.625	1.406

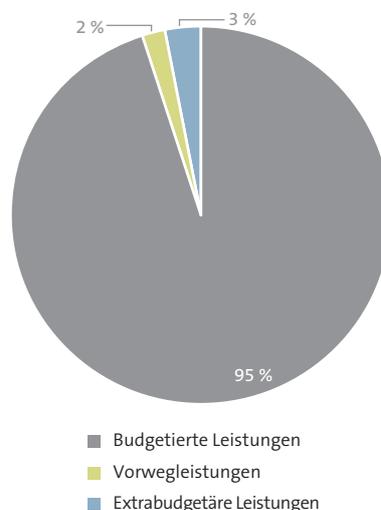
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
Budgetierte Leistungen	93,78 €	94,7 %
Kosten und Wegegelder	1,76 €	1,8 %
Labor – Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	0,57 €	0,6 %
Wirtschaftlichkeitsbonus	0,11 €	0,1 %
Labor – Kapitel 32.2	0,08 €	0,1 %
Labor – Kapitel 32.3 – Auftragsleistungen	0,05 €	0,1 %
Strahlentherapie	1,71 €	1,7 %
CT-gesteuerte Intervention	0,58 €	0,6 %
Kosten Strahlentherapie	0,17 €	0,2 %
Osteodensitometrie II	0,09 €	0,1 %
Übrige Leistungen	0,08 €	0,1 %
<b>Gesamt</b>	<b>98,98 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR STRAHLENTHERAPIE

7

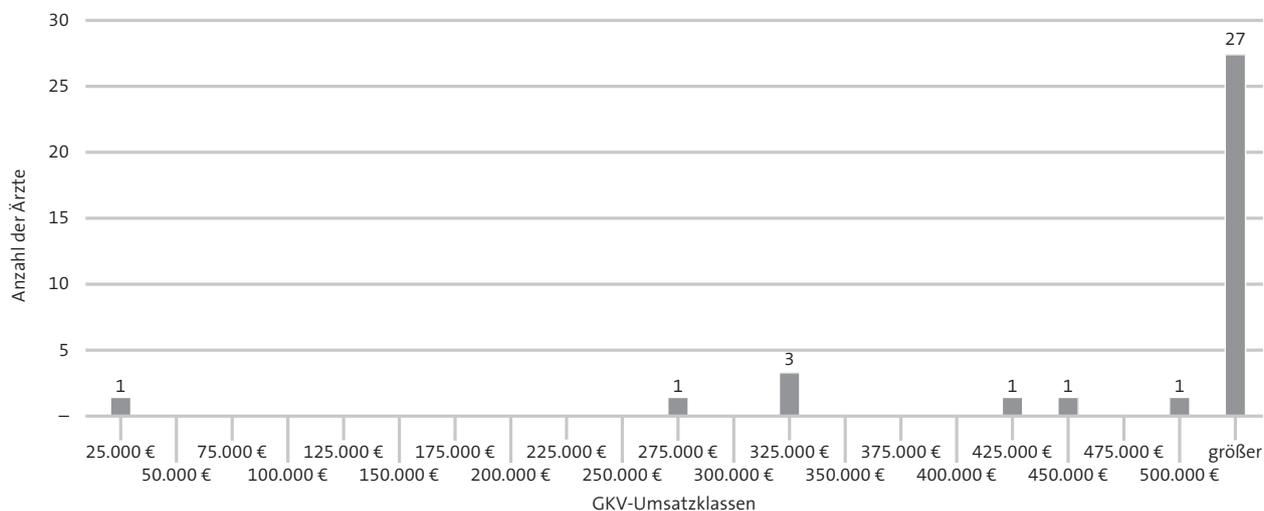
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	48	
Versorgungsumfang	34	
Honorar	30.990.968 €	7.747.742 €
Fallzahl	30.769	7.692

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	645.645 €	161.411 €
Honorar je Versorgungsumfang	900.442 €	225.111 €
Fallzahl je Arzt	641	160
Fallzahl je Versorgungsumfang	894	223

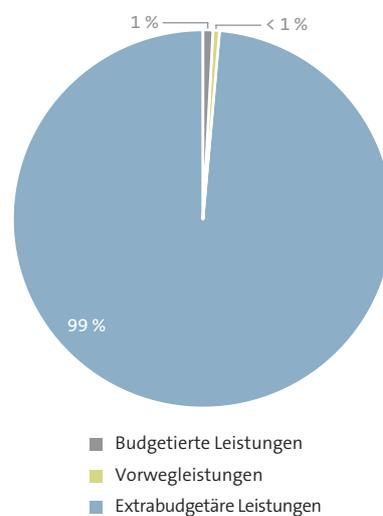
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
Budgetierte Leistungen	8,69 €	0,9 %
Kosten und Wegegelder	4,01 €	0,4 %
Wirtschaftlichkeitsbonus	0,53 €	0,1 %
Labor – Kapitel 32.2	0,00 €	0,0 %
Strahlentherapie	604,34 €	60,0 %
Kosten Strahlentherapie	389,23 €	38,6 %
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	0,34 €	0,0 %
Zusatzvertrag AOK/TK – Multimorbidität	0,07 €	0,0 %
<b>Gesamt</b>	<b>1.007,21 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR UROLOGIE – KONSERVATIV TÄTIG

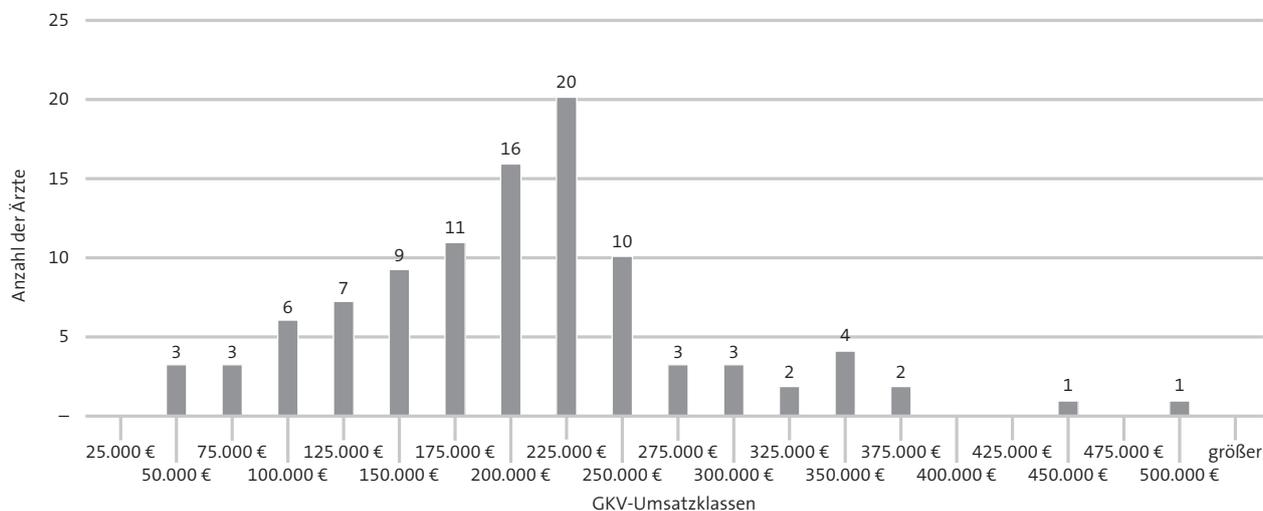
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	121	
Versorgungsumfang	100	
Honorar	19.017.474 €	4.754.369 €
Fallzahl	417.510	104.378

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	157.169 €	39.292 €
Honorar je Versorgungsumfang	191.092 €	47.773 €
Fallzahl je Arzt	3.450	863
Fallzahl je Versorgungsumfang	4.195	1.049

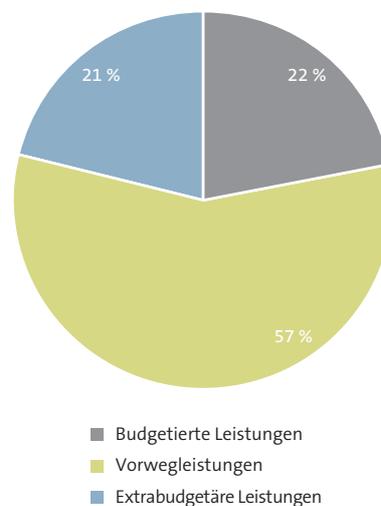
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	9,92 €	21,8 %
■ Grund- bzw. Versichertenpauschale	17,33 €	38,0 %
■ PFG	3,74 €	8,2 %
■ Labor – Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	1,45 €	3,2 %
■ Wirtschaftlichkeitsbonus	1,18 €	2,6 %
■ Labor – Kapitel 32.2	0,76 €	1,7 %
■ Haus- und Heimbesuche	0,74 €	1,6 %
■ Prävention	3,45 €	7,6 %
■ Urethrozystoskopie	2,53 €	5,6 %
■ Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	1,35 €	3,0 %
Übrige Leistungen	3,10 €	6,8 %
<b>Gesamt</b>	<b>45,55 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



# FACHÄRZTE FÜR UROLOGIE – OPERATIV TÄTIG

7

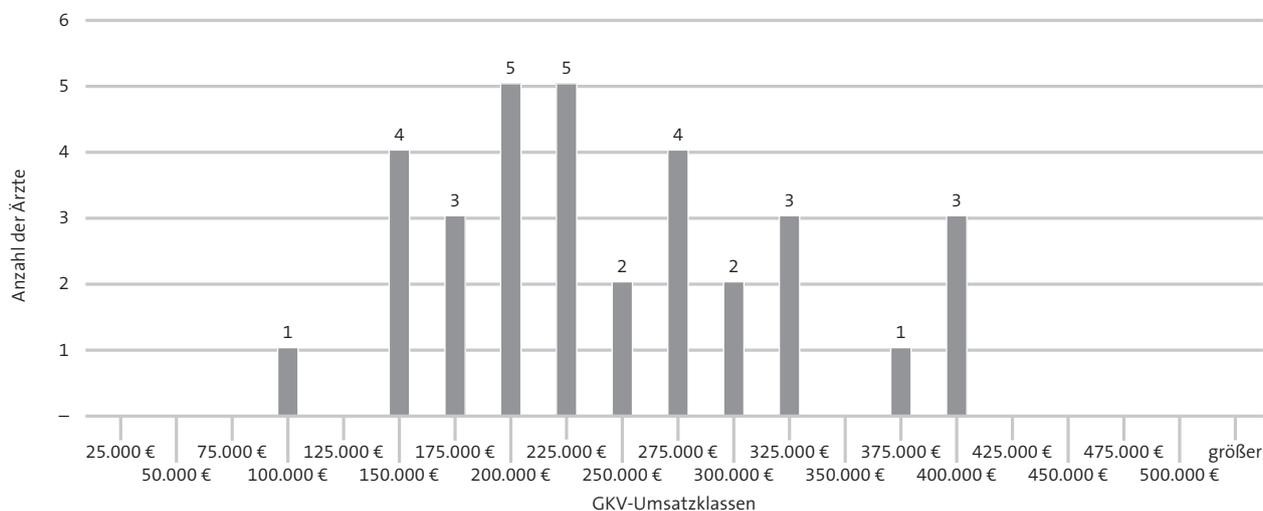
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	40	
Versorgungsumfang	33	
Honorar	7.651.566 €	1.912.892 €
Fallzahl	123.382	30.846

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	191.289 €	47.822 €
Honorar je Versorgungsumfang	234.064 €	58.516 €
Fallzahl je Arzt	3.085	771
Fallzahl je Versorgungsumfang	3.774	944

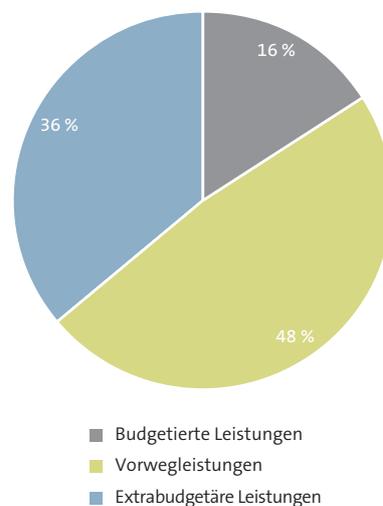
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
Budgetierte Leistungen	10,07 €	16,2 %
Grund- bzw. Versichertenpauschale	16,20 €	26,1 %
Belegärztliche Leistungen	6,23 €	10,0 %
PFG	3,47 €	5,6 %
Labor – Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	1,30 €	2,1 %
Extrabudgetäre belegärztliche Leistungen	6,73 €	10,8 %
Ambulantes Operieren	5,14 €	8,3 %
Prävention	2,81 €	4,5 %
Urethrozystoskopie	2,69 €	4,3 %
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	2,47 €	4,0 %
Übrige Leistungen	4,92 €	7,9 %
<b>Gesamt</b>	<b>62,03 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	15	
Versorgungsumfang	7	
Honorar	8.827.931 €	2.206.983 €
Fallzahl	11.554	2.889

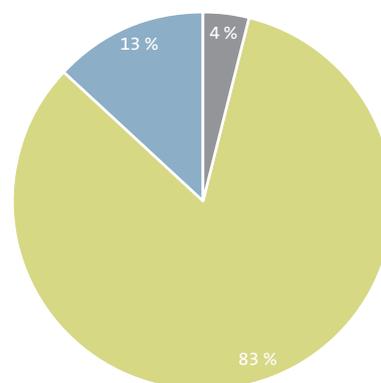
## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	588.529 €	147.132 €
Honorar je Versorgungsumfang	1.191.354 €	297.838 €
Fallzahl je Arzt	770	193
Fallzahl je Versorgungsumfang	1.559	390

## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	30,47 €	4,0 %
■ Genetisches Labor	635,81 €	83,2 %
■ Kosten und Wegegelder	1,91 €	0,2 %
■ Genetisches Labor – Kosten	0,08 €	0,0 %
■ Labor – Kapitel 32.2	0,00 €	0,0 %
■ Humangenetik außerhalb MGV	57,90 €	7,6 %
■ Mutterschaftsvorsorge	37,89 €	5,0 %
<b>Gesamt</b>	<b>764,06 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



- Budgetierte Leistungen
- Vorwegleistungen
- Extrabudgetäre Leistungen

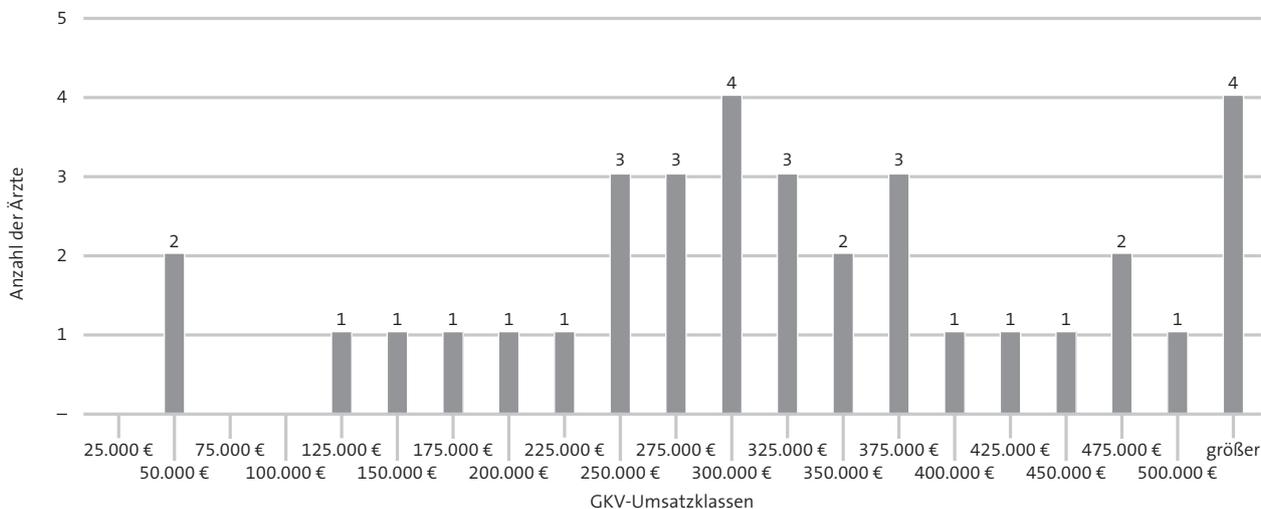
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	56	
Versorgungsumfang	37	
Honorar	12.563.252 €	3.140.813 €
Fallzahl	415.417	103.854

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	224.344 €	56.086 €
Honorar je Versorgungsumfang	339.754 €	84.938 €
Fallzahl je Arzt	7.418	1.855
Fallzahl je Versorgungsumfang	11.234	2.809

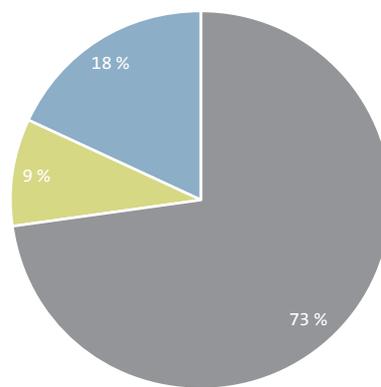
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	22,11 €	73,1 %
■ Kosten und Wegegelder	2,60 €	8,6 %
■ Labor – Kapitel 32.3 – Auftragsleistungen	0,03 €	0,1 %
■ Genetisches Labor	0,02 €	0,1 %
■ Labor – Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	0,02 €	0,1 %
■ Prävention	2,93 €	9,7 %
■ Humangenetik außerhalb MGV	2,30 €	7,6 %
■ Präventive Koloskopie	0,23 €	0,8 %
<b>Gesamt</b>	<b>30,24 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



- Budgetierte Leistungen
- Vorwegleistungen
- Extrabudgetäre Leistungen

# FACHÄRZTE FÜR ZYTOLOGIE UND HISTOLOGIE

## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	13	
Versorgungsumfang	13	
Honorar	4.120.258 €	1.030.065 €
Fallzahl	360.646	90.162

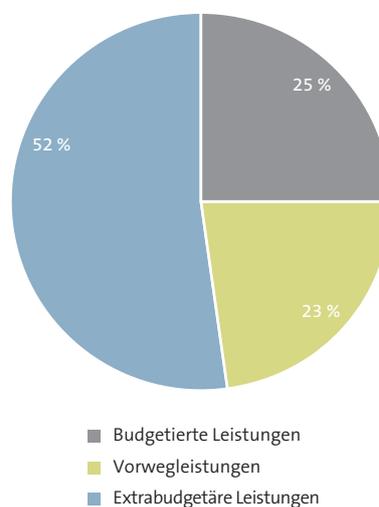
## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	316.943 €	79.236 €
Honorar je Versorgungsumfang	327.981 €	81.995 €
Fallzahl je Arzt	27.742	6.936
Fallzahl je Versorgungsumfang	28.708	7.177

## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Budgetierte Leistungen	2,92 €	25,5 %
■ Kosten und Wegegelder	2,59 €	22,7 %
■ Prävention	5,92 €	51,8 %
<b>Gesamt</b>	<b>11,43 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



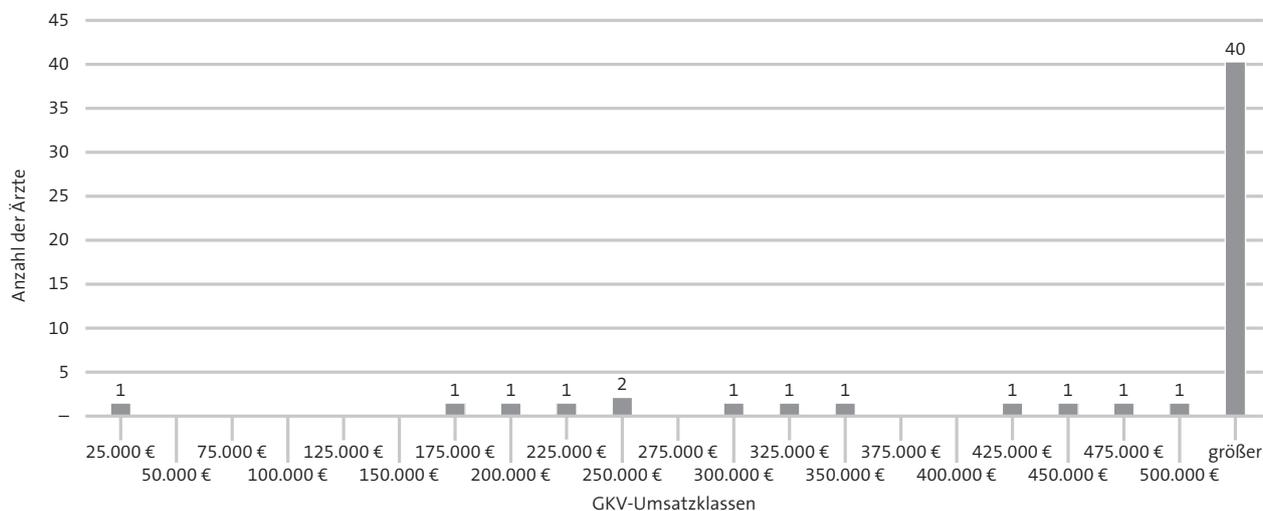
## KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Quartalswerte
Arztzahl	70	
Versorgungsumfang	54	
Honorar	80.175.466 €	20.043.867 €
Fallzahl	3.076.180	769.045

## KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Quartalswerte
Honorar je Arzt	1.145.364 €	286.341 €
Honorar je Versorgungsumfang	1.475.916 €	368.979 €
Fallzahl je Arzt	43.945	10.986
Fallzahl je Versorgungsumfang	56.628	14.157

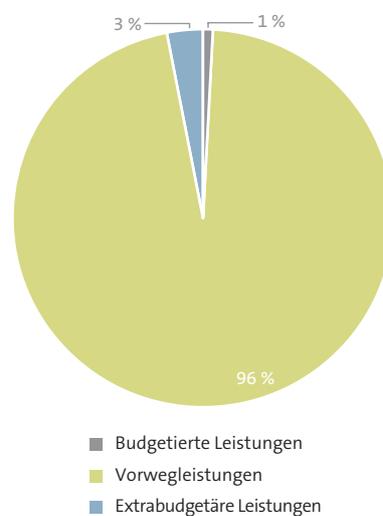
## UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



## VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz pro Fall	Anteil am Fallwert
■ Labor – Kapitel 32.3 – Auftragsleistungen	19,08 €	73,2 %
■ Labor – Kapitel 32.2	1,91 €	7,3 %
■ Kosten und Wegegelder	1,39 €	5,3 %
■ Grundpauschale Labor	1,26 €	4,8 %
■ Genetisches Labor	0,54 €	2,1 %
■ Labor – Kapitel 32.2 – unquotiert	0,38 €	1,5 %
■ Labor – Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	0,28 €	1,1 %
■ Genetisches Labor – Kosten	0,18 €	0,7 %
■ Mutterschaftsvorsorge	0,50 €	1,9 %
■ Humangenetik außerhalb MGv	0,16 €	0,6 %
Übrige Leistungen	0,37 €	1,4 %
<b>Gesamt</b>	<b>26,05 €</b>	<b>100,0 %</b>

## VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE









**Kassenärztliche Vereinigung**

**Rheinland-Pfalz (KV RLP)**

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Isaac-Fulda-Allee 14

55124 Mainz

**Kontakt**

Telefon 06131 326-326

Fax 06131 326-327

[service@kv-rlp.de](mailto:service@kv-rlp.de)

[www.kv-rlp.de](http://www.kv-rlp.de)